Aus dem Städtischen Gesundheitsamt Stuttgart
Leitung: Prof. Dr. Gastpar

Die neuzeitliche Behandlung der Progressiven Paralyse in ihrer Bedeutung für den Gerichtsarzt

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen
vorgelegt

von

Maria Schiller
aus Elberfeld

Druck der Buchdruckerei Eugen Göbel in Tübingen
1932

Verlag von Franz Pietzcker, Tübingen

Zum Druck genehmigt von der Medizinischen Fakultät
der Universität Tübingen

Dekan: Prof. Dr. Wolf
Berichterstatter: Prof. Dr. Gaupp

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

„Die gutachtliche Beurteilung der Paralyse vor Gericht bot bisher keine besonderen Probleme. War einmal die Diagnose Progressive Paralyse gesichert, so waren eigentlich alle gerichtlichen Fragestellungen schon entschieden“ [1]). — Das heißt, die Stellung des Paralytikers in straf- und zivilrechtlicher Beziehung war eine absolut eindeutige. Wenn die klassischen Symptome die Diagnose sichergestellt hatten, so befand der Kranke sich damit außerhalb des Strafgesetzes. Er war generell dauernd unzurechnungsfähig. Bei keiner anderen Geisteskrankheit war Verlauf und Prognose so vorauszusehen wie bei der Paralyse. Der Krankheitsprozeß verlief mit einer gewissen Gleichartigkeit in allen Fällen, mochte er in der dementen, der depressiven, der manischen oder der gemischten Form vor sich gehen. Denn letzten Endes war dieser Prozeß auf die Zerstörung der sittlichen, geistigen und materiellen Persönlichkeit gerichtet und führte allmählich oder rapide, durchschnittlich aber in 2 Jahren und 5 Monaten [2]), zum Tode. — Ebenfalls konstant — wenn auch nach individuellen Gesichtspunkten zu beurteilen — war die Stellung des Paralytikers im Zivilrecht.

Der Geisteskranke, der in strafrechtlicher Beziehung immer — in allen Stadien seiner Krankheit — als unzurechnungsfähig anzusehen ist, muß nicht unter allen Umständen seine Dispositionsfähigkeit verlieren. Es kommt bei den Fragen des bürgerlichen Rechtes nicht nur auf das Vorliegen der Geisteskrankheit an, sondern auch auf den Grad, in dem sie besteht und auf die äußeren Umstände, in denen sich der Erkrankte befindet. Ob „seine Geschäfte“ schwierig zu erledigen und umfangreich sind, ob er eine verantwortungsreiche Stellung bekleidet usf. — diese Gesichtspunkte sind natürlich bei zivilrechtlichen Fragen immer zu berücksichtigen. Doch bei vorhandenen Umständen handelt es sich hier stets um die Frage: Ist die bestehende Geisteskrankheit als eine dauernde, als eine unheilbare zu bezeichnen? Insbesondere für die Frage der Entmündigung und der Ehescheidung ist ihre Beantwortung unerläßlich. Bisher war sie für den Paralytiker immer zu bejahen. Auch die Fragen der Geschäftsfähigkeit, Vernehmungs- und Testierfähigkeit waren für den Paralytiker weitgehend bestimmt durch die Art seiner Erkrankung, die als progredient und tödlich angesehen wurde.

Die Stellung des Gerichtsarztes würde eine grundsätzlich andere sein, wenn die Paralyse eines Tages heilbar wäre. Die Unheilbarkeit dieser Krankheit war ein Dogma nicht nur für den Laien, sondern

auch für den Arzt, eines jener absolut feststehenden Dogmen, die auch durch gelegentliche Ausnahmen nicht erschüttert werden konnten. Inzwischen scheint es, als ob die Erfahrungen der letzten Jahre begonnen hätten, dies Dogma zu Fall zu bringen. Es wird von großen Erfolgen, ja Heilungen durch die neuen Behandlungsmethoden der Paralyse gesprochen. Autoren wie Kraepelin [3]) und Hoche [4]) sprachen von der Möglichkeit der Heilung der Paralyse. Hoche stellte 1918 in Baden-Baden den Tag in Aussicht, an dem die Paralyse nur noch historisches Interesse haben würde.

Die Frage des Themas ist in 4 weitere aufzulösen:

1. Welches ist die neuzeitliche Behandlung der Paralyse?
2. Welches sind ihre Erfolge?
3. Sind diese Erfolge Heilungen?
4. Welche Bedeutung haben diese Resultate für die Stellung des Gerichtsarztes.

Einleitend sei ein kurzer Überblick über die Entwicklung des Paralyseproblems gegeben mit besonderer Berücksichtigung der Geschichte der Behandlung der Paralyse.

Nachdem die Paralyse 1822 entdeckt war, galt sie als unheilbar. Vereinzelte Genesungen sind zwar aus den 50er Jahren gemeldet, doch bezweifelte man später, wenn von Heilungen die Rede war, nachträglich die Richtigkeit der ursprünglichen Diagnose. Nach der großen Statistik von Junius und Arndt [5]) über 895 Fälle starben im Laufe der ersten 3 Jahre 73,6 %. Vom bleibenden Rest lebten im 6. Jahr noch 7,1 %.

Im Jahre 1913 fand Noguchi die Spirochaeta palida im Paralytikerorganismus [6]). Damit brach eine neue Aera für die Paralyse an: Die Aera ihrer spezifischen Behandlung. Der einwandfreie Beweis für die syphilitische Natur der Krankheit war erbracht: Sprichaeten waren im Gehirn nachgewiesen, die Wassermannsche Reaktion im Blut und Liquor war positiv, Überimpfung der Syphilis auf Tiere gelang durch Überimpfung der paralytischen Hirnhautsubstanz oder des Liquors. Alle diese Umstände ließen die Heilung durch antisyphilitische Therapie möglich erscheinen. Zum ersten Male wurde das Dogma der Unheilbarkeit angezweifelt. Doch brachte die Behandlung mit Quecksilber und Jodpräparaten Enttäuschungen. Man erzielte kurze Besserungen, die bald wieder verschwanden. Nach der Einführung des Salvarsans galt dies eine Zeit lang als spezifisches Mittel gegen die Paralyse. Auch die Erwartungen, die man auf das Salvarsan gesetzt hatte, erfüllten sich nicht. Man probierte alle Salvarsanpräparate, applizierte sie in den verschiedensten Methoden [7]): interarteriell in die Carotis interna, intraspinal. Man nahm salvarsanisiertes Serum, injizierte schließlich endocraniell, subdural, intraventriculär. Man erreichte Veränderungen des Liquorbefundes, doch ist eine Abschwächung der Wassermannschen Reaktion durch physiologische Koch-

salzlösung herbeizuführen. Die psychischen Erfolge waren fast durchweg gering. Ganz vereinzelte Autoren, insbesondere Sioli [8]), blieben allerdings Anhänger dieser im ganzen verlassenen Therapie. Aber die Berichte über Salvarsanbehandlung sind in den letzten Jahren äußerst selten geworden. — Warum — nach allgemeiner Meinung — die spezifische Therapie versagte, versagen konnte, ist eine der interessantesten Fragen innerhalb des Paralyseproblems. Sie ist eng mit der Aetiologie der Paralyse verknüpft, diese wieder mit den Meinungen über die Wirkungsweise der neuzeitlichen Behandlung, und darum in diesem Zusammenhang bemerkenswert. — Nicht jeder Syphilitiker wird Paralytiker. Mattauschek und Pilz [9]) haben in ihrer Statistik 4134 österreichische Offiziere, die luetisch infiziert und militärärztlich behandelt wurden. Der Prozentsatz der späteren Paralytiker war 4,67 %. Es ist also nicht nur die luetische Infektion, die den Menschen zum Paralytiker macht. So ist es wohl denkbar, daß das spezifische Mittel gegen die Lues bei einer Erkrankung versagen kann, die zu ihrem Zustandekommen weiterer Momente bedarf als der Spirochaeten. Welches diese Momente sind, deren Dazukommen erst im luetischen Organismus die Paralyse auslöst, ist auch heute noch nicht einwandfrei erwiesen.

Plaut [10]) erscheint die Paralyse als die Folge eines plötzlichen Versagens von Schutzvorrichtungen des Organismus im Verlauf einer syphilitischen Infektion. Nach der Hauptmannschen Theorie [11]) versagt die Phagocytose im Körper. Darum werden die Syphiliserreger, statt intracellulär zu Grunde zu gehen, langsam in der Blutbahn abgebaut. Die Paralyse ist ihm ein Vergiftungsprozeß des Gehirns durch giftige Abbauprodukte. Hauptmann erklärt die Abwehrschwäche des Organismus für schuldig. Von der Virulenzschwäche der Erreger spricht Paul Dörr [12]). Hans Wildermuth [13]) glaubt, daß eine familiäre Disposition bestehe. Wilmanns [14]) nimmt an, daß durch die Behandlung der Syphilis eine Unterdrückung der Immunisierungsvorgänge eingetreten sei, die das Persistieren von lebenden Syphiliserregern möglich mache. Die Ursachen der metaluetischen Erkrankungen sind nach ihm unzureichende Immunisierungsvorgänge der Haut, natürliche Immunisierungsschwäche des Zentralnervensystems. Er führt in interessanten Statistiken die auffällige Anfälligkeit der Intellektuellen an (die sich sorgfältig haben behandeln lassen) und setzt sie in Gegensatz zu der niedrigen Zahl der Paralytiker unter den berufsmäßigen Verbrechern. Er glaubt, daß durch die Behandlung der Lues der Erreger sich verändert habe, daß die Syphilis den Charakter der Hautkrankheit abgestreift habe und so dem Kranken die Möglichkeit genommen sei, die Syphilis auf der Haut „austoben" zu lassen. — Auch Steiner [15]) weist auf die außerordentliche Seltenheit der tertiären Haut- und Knochenerscheinungen in der Anamnese der Paralytiker hin. — Nonne [16]) glaubt an spezielle Disposition zu organischen syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. — Der hohe

Permeabilitätsindex der Meningen war Walter [17]) und dem Franzosen Dujardin [18]) auslösende Ursache bei der Entstehung der Paralyse. Walter spricht von der starken Schädigung der „Blutliquorschranke". Dujardin bezeichnet — indem er alle Luetiker in 3 Gruppen teilt — die erste Gruppe mit stark positiven Liquorwassermann und hohem Permeabilitätsindex als die Anwärter auf Metalues. — In letzter Zeit war eine ganz neue Hypothese aufgetaucht, die rasch zahlreiche Anhänger, aber noch mehr Angreifer fand und die inzwischen durch das Experiment wieder ausgelöscht ist. Es ist die Vermutung von Daraszkiewicz [19]), die 1925 von ihm veröffentlicht wurde. Er behauptete, daß die Syphilis solange nicht zur Paralyse führe, als die Menschen nicht mit Kuhpocken durchseucht wären. Einsiedel [20]), Kolb [21]), Wilmanns [22]), Nonne [23]), Salewski [24]) lehnen diese Theorie ab, Wilmanns und Kolb, indem sie zwar an der Seltenheit der Paralyse bei solchen Völkern festhalten, die nicht mit Kuhpocken geimpft sind, aber diese Seltenheit darauf zurückführen, daß bei diesen Völkern auch die moderne Behandlung der Syphilis unbekannt sei. Diese Hypothese von Daraszkiewicz wurde endgültig ad absurdum geführt durch die Beobachtungen, die Plaut und Jahnel [25]) auf einer amerikanischen Forschungsreise machten.

Die verschiedenartigen Thesen über die Aetiologie der metaluetischen Erkrankungen, insbesondere der Paralyse, mußten zu neuartigen Vorschlägen betreffs ihrer Therapie (und ihrer Verhütung) führen.

Die Annahme einer Immunitätsschwäche ließ den Plan entstehen, durch Erhöhung der Immunität den Ausbruch der Paralyse illusorisch zu machen. So empfiehlt natürlich Wilmanns [26]) den Abbruch der gebräuchlichen Salvarsantherapie. Für ihn ist die Gefahr der Paralyse stark herabgesetzt, wenn die Syphilis sich im Körper hat austoben können. — Erst nach längerer Zeit werden uns die Statistiken Material zu dieser Frage liefern, insbesondere auch darüber, ob die Salvarsanaera zur Erhöhung des Prozentsatzes der Paralytiker in der Gesamtzahl der Luetischen geführt hat. — Auch Hauptmann [27]) empfiehlt, die Sekundärerscheinungen der Syphilis nicht zu unterdrücken und den Organismus zur Produktion von Abwehrmaßregeln anzuregen. — Packeiser [28]) in einer Arbeit von 1926 tritt für Immunisierungsversuche mit lebendem Material ein, die er mit einer spezifischen Kur verbinden will. — Jahnel [29]) spricht davon, daß viele Ärzte eine Reinfektion vorschlagen zur Erhöhung der Immunität. Derselbe Autor impfte Paralytiker mit Frambösie von dem Gedanken ausgehend, daß die Frambösie die der Syphilis am nächsten verwandte Krankheit sei. Es zeigte sich bei diesen Versuchen, daß der Paralytiker immun gegen Frambösie ist. Und Jahnel führt die relative Seltenheit der Paralyse in den tropischen Ländern darauf zurück, daß auch die Lues hier selten ist und sich nicht ausbreiten kann.

Steiner [30]) empfiehlt die Vorbehandlung jedes Paralytikers mit

Syphilisspirochaeten zur Erhöhung der Immunstoffproduktion vor der Einleitung der unspezifischen Behandlung. Auch die unspezifische Behandlung selbst, wie er und Plaut sie seit 1919 mit der Recurrensimpfung üben [31]) [32]) ging von dem Gedanken aus, Immunvorgänge auszulösen bezw. eine Überlagerung der Recurrensimmunität zu schaffen, die als Gegenwirkung gegen das Paralysevirus gedacht war. An diese Möglichkeit glaubten die Autoren wegen der nahen Gruppenverwandtschaft zwischen den Spirillen. Die Einimpfung von Recurrensspirillen sollte einen schädigenden Einfluß auf die Lebensbedingungen der Syphiliskeime ausüben.

Inzwischen war allerdings von einer ganz anderen Seite aus ebenfalls unspezifische Therapie getrieben worden und zwar in diesem Fall nicht von der Theorie, sondern lediglich von der Erfahrung ausgehend. Zwei Jahre vor Steiner und Plaut hatte Wagner-Jauregg 1919 die ersten Paralytiker mit Malaria geimpft. Es war genau 30 Jahre, nachdem sein Aufsatz erschienen war: „Über die Einwirkung fieberhafter Krankheiten bei Psychosen" [33]). Dieser Aufsatz war der Anfang des Weges, auf dem er ein ganzes Leben lang nichts anderes versuchte, als „die Natur nachzuahmen". In diesem Aufsatz brachte Wagner-Jauregg Beobachtungen in großer Zahl, bei denen fieberhafte Erkrankungen günstig auf bestehende Geisteskrankheiten eingewirkt hatten. Als Zeugen für das hohe Alter dieser Beobachtung zitiert er Hyppokrates und Galen. Von letzterem ist ein Fall beschrieben, in dem Intermittens quartana Melancholie heilte. Damals warf der Autor die Frage auf: Ist der Zusammenhang kausal oder zufällig? Er selbst kam durch die Häufigkeit des Zusammentreffens in den zahlreichen zitierten und von ihm selbst beobachteten Fällen dazu, diese Frage zu Gunsten des kausalen Moments zu entscheiden. Er versuchte schon damals, die Ursache dieses Kausalzusammenhangs aufzudecken. Ein Moment sah er in der Erzeugung des Fiebers, ein anderes in der direkten Wirkung des Giftes auf das Gehirn. Sehr hoch schlug er von Anfang an die Hebung und Kräftigung des ganzen Organismus in der Rekonvaleszenz an und er ging soweit, gewisse Formen des Wahnsinns für besonders gut, andere für besonders schlecht reagierend anzusehen. Die meisten Erfolge fand er bei akutem Wahnsinn (Manie und Melancholie), die geringste Beeinflußbarkeit bei der Epilepsie. Ebenso fand er mehr Heilungen in der Jugend als im Alter und um so größere Aussichten, je kürzer die Dauer der Krankheit war. In diesem Aufsatz steht der Satz: „Wenn ein Geisteskranker in dem ersten Halbjahr des Bestehens seiner Geisteskrankheit von einer der genannten Krankheiten (er zählt auf: Infektionskrankheiten, Abszesse, Phlegmonen, überhaupt stärkere Eiterungen) befallen wird, ist die Wahrscheinlichkeit eine sehr große, daß er dadurch von seiner Psychose geheilt wird". Damals schon schlug er vor „die Natur nachzuahmen", künstlich fieberhafte Erkrankungen zu erzeugen und

therapeutisch zu verwerten. Als besonders gut zu verwendende Erkrankung schlug er Malaria vor.

Gerstmann [34]), sein Schüler und Verfasser der Monographie der Malariabehandlung der Paralyse, schildert die ersten Versuche Wagners: 1888/89 mit Erysipel, 1890 mit Tuberkulin. 1900 verglich Wagner-Jauregg die Resultate bei 138 Paralytikern. Er hatte die Hälfte der Kranken ohne Behandlung gelassen, die andere Hälfte mit Tuberkulin behandelt. Im weiteren Verlauf zeigten die Behandelten längere Lebensdauer und häufigere Remissionen. Später verband Wagner-J. die Tuberkulinkur mit Quecksilber- und Jodbehandlung. Seit jener Zeit hat sich die Tuberkulinbehandlung bis heute erhalten, zwar nicht als Methode der Wahl, doch immer noch in solchen Fällen verwendbar, wo eine Malariakur aus äußeren Gründen nicht durchzuführen ist oder gesundheitliche Momente gegen sie sprechen. 1909 berichtete Wagner-J. in Budapest über seine Erfolge. Er hatte mit Tuberkulin auch Vollremissionen mit Wiedererlangung der Berufsfähigkeit erzielt. — Sehr günstige Resultate hatte mit dieser Methode besonders Weygand in Hamburg, der von Remissionen in einem Drittel der Fälle spricht. Da man die Beobachtung machte, daß häufig Rezidive auftraten, wiederholte man die Tuberkulinkur nach einem halben Jahr. — Neben der Tuberkulinbehandlung wurden damals auch Kuren mit polyvalenter Typhusvakzine durchgeführt. Noch andere unspezifische Methoden kamen auf, wurden versucht, führten zu wechselnden Resultaten. — In der Annahme, daß das Fieber bei all diesen Behandlungsmethoden das Moment der Wirkung sei, versuchte man lediglich Fieber hervorzurufen. Das gelang durch nucleinsaures Natron, durch Milch und Phlogetan, durch alle möglichen Albumine und Peptone. Auch Staphylokokkenbehandlung schien Erfolg zu versprechen analog den Heilungen von Psychosen im Gefolge chronischer Eiterungen. Schließlich gab es drei Möglichkeiten unspezifischer Behandlung: erstens mit Stoffen, die nicht Abkömmlinge von Mikroorganismen sind, zweitens mit Abkömmlingen von Mikroorganismen, drittens mit Impfungen mit aktiven Erregern einer Infektionskrankheit.

Die dritte Art ist die, welche das Thema die neuzeitliche Behandlung der Paralyse nennt.

Mit dem Jahre 1917 tritt eine neue Epoche für die Paralyse an. Jetzt endlich, 30 Jahre nachdem er den Gedanken zum ersten Mal ausgesprochen hatte, waren all die Schwierigkeiten überwunden, die ihn nicht hatten ausführen lassen, was er schon 1887 vorgeschlagen: im Sommer 1917 impfte Wagner-J. die ersten Paralytiker mit Malaria tertiana. — Von diesen neun Fällen starb einer, in drei Fällen wurde eine Vollremission erzielt, die bis zur Herausgabe der Monographie von Gerstmann 1925 noch bestand. Die übrigen Fälle erlebten kurz dauernde Remissionen, zwei blieben unbeeinflußt.

1918 begann die zweite Behandlungsserie, die einen schlechten Ausgang nahm, weil irrtümlich nicht Malaria tertiana, sondern tropica zur Impfung geliefert worden war. — Trotz des tragischen Ausgangs nahm 1919 Wagner-J. die Behandlung von neuem auf. Seit dieser Zeit ist sie von seiner Klinik (Wien) dauernd fortgeführt und von zahlreichen anderen Autoren des Inlandes und Auslandes übernommen worden. Sie wurde immer mehr vervollkommnet, was zu ihrer Verbreitung bedeutend beitrug. Durch Auslese der geeigneten Fälle frischer Erkrankungen bei nicht zu alten Individuen gelang es, ihre an sich hohe Mortalität herabzusetzen, die aber ja nur scheinbar hoch ist. Ist doch die Mortalität bei der unbehandelten Paralyse eine absolute, (wobei von den Ausnahmen abzusehen ist, die auch vor dieser Periode einen atypischen Verlauf aufwiesen). Diese Mortalität ist bedingt durch die Gefährlichkeit einer so heftigen Infektion für viele Paralytiker, besonders für solche, die auch in ihrem übrigen Körper starke Schädigungen durch die Syphilis oder andere interkurrente Krankheiten aufweisen, so für Menschen mit Aneurysma, Myodegeneratio cordis, Lungenerkrankungen oder solche, die durch die Paralyse schon kachektisch geworden sind, und bei denen die Malariatherapie den ohnehin in Bälde zu erwartenden Tod beschleunigt. Man erlernte alle Vorsichtsmaßregeln, um in der Wahl des Impfmaterials Irrtümer zu vermeiden. Die ursprüngliche Skepsis, die therapeutische Malariainfektion werde zu Malariaverseuchungen der vorher malariafreien Länder führen, verschwand allmählich durch den vollständigen Mangel solcher Beobachtungen von Übertragungen. Man wählte die Impfung von Mensch zu Mensch unter Umgehung der Malariaparasiten und erzielte so einen ungeschlechtlichen Entwicklungsgang. Über die sorgfältig angestellten Experimente sprach 1924 Wagner-J. auf der Naturforscherversammlung in Innsbruck. Er zog die Schlußfolgerung, daß nicht einmal in malariadurchseuchten Gegenden eine Verbreitung durch die therapeutische Malaria möglich sei. — Wenn auch ein Autor — Mühlens [35]) — Gameten nachwies, so ist doch kein einziger Fall von Übertragung und Ausbreitung der Malaria bekannt (außer einem Fall einer Infektion von Malaria tropica an einer Leiche). So mußte die ursprüngliche Skepsis weichen. Auch die Angst vor Rezidiven der Malaria erwies sich als unbegründet und schließlich zeigte der weitere Verlauf der Behandlung, daß man im Chinin ein Mittel in der Hand hatte, das unfehlbar innerhalb von 7 Tagen die Malaria zu koupieren imstande war. Andere Autoren, wie insbesondere Plehn [36]), erzielen diesen Erfolg in 3 Tagen mit 2,5 g Chinin. Auch hier lernte man ständig weiter. Es erwies sich allmählich die Chininfestigkeit einzelner Paralytiker und man ging dazu über, schon vor der Kur die Chininempfindlichkeit der einzelnen Kranken zu prüfen und solche gelegentlichen Fälle von der Malariabehandlung auszuschließen. — Sogar in kleineren Krankenhäusern wurden Versuche mit dieser Kur gemacht als man durch

ständiges Experimentieren erreicht hatte, das Malariablut in infektiösem Zustand längere Zeit zu konservieren und zu verschicken. So wurde die Malariabehandlung eine Kurmöglichkeit für alle Erkrankten, soweit nicht die Lage und besondere Art ihrer Erkrankung eine solche Kur kontraindiziert erscheinen ließ.

Welches sind nun die Erfolge der Malariabehandlung?

Ehe Zahlen sprechen, müssen die Begriffe der einzelnen Erfolgsbezeichnungen festgelegt werden.

Es wird zweckmäßig sein, das Wort „Heilung" in diesen Statistiken nicht auszusprechen. Erst in einem späteren Teil der Arbeit soll die Frage behandelt werden, ob der Begriff „Heilung" auf diese Erfolgsresultate zutreffend ist.

Als Maßstab für die Güte einer Remission bezeichnet Gerstmann die „Ergebnisse der klinischen Untersuchungsmethodik in intellektueller und somatischer Hinsicht" [37]). Er gibt zu, daß allerdings „die klinische Prüfung völligen Rückgang der intellektuellen Ausfallserscheinungen und sonstiger vorheriger Störungen feststellen könnte und der Patient dann doch in seiner Leistungs- und Berufsfähigkeit versagen möchte". Deshalb betrachte er als Indizien die erzielte soziale Brauchbarkeit, die Wiedererlangung der Berufsfähigkeit und verlangt so letzten Endes die Bewährung im praktischen Sinn. — „Es gibt im seelischen Leben noch so viele Dinge, die sich methodisch nicht fassen lassen," sagt Gerstmann weiter. — Wenn man nun die Verschiedenheit, geistige und seelische Verschiedenheit der Betrachtenden und Beurteilenden erwägt, ihre mehr optimistische oder skeptische Einstellung zur Frage der Malariabehandlung — Hoche [38]) spricht von den Fehlerquellen in der Beurteilung des Heilerfolges als dem zu großen Enthusiasmus seitens des Untersuchers und dem Wechsel im Verlauf der unbehandelten Paralyse — und wenn man weiter bedenkt, daß selbst die genaueste Beobachtung eines seelisch Kranken eine sehr sorgfältige, doch nicht erschöpfende sein kann, so ist es selbstverständlich, daß die Einteilung in verschiedene Gruppen von Besserungszuständen ein Schema ist und bleiben muß, in das der lebendige menschliche Stoff wohl eingezwängt werden kann, das aber doch nur ungefähr darauf Anspruch machen darf, erschöpfende Möglichkeiten der Gliederung dieses Stoffes zu geben. — Schon das Wort „Berufsfähigkeit" umschließt einen Begriff, der durchaus schwankend ist. Und doch muß mit diesem schwankenden Begriff operiert werden. Ein Arbeiter, der mechanische Arbeit verrichtet, ein Taglöhner ist bei einem viel geringeren Grad von geistiger und seelischer Reife noch berufsfähig, bei dem ein geistiger Arbeiter absolut nicht mehr zu verwenden ist. Ein Beamter wird noch dann zur Zufriedenheit seinen Beruf ausfüllen, wenn der Arzt, der Apotheker versagen müssen. Klinisch befinden sich vielleicht alle im gleichen Stadium der Remission. — Umgekehrt hat der Intellektuelle den Vorzug vor dem Ungebildeten, daß er viel „ausgedehntere Kompensationsmöglichkeiten" hat und

deshalb auch im Stande ist, die Remission durch Kompensationsvorgänge zu vertiefen. — Es wäre theoretisch denkbar, den Grad der Besserungen nach anderen — vielleicht nur körperlichen: somatischen, serologischen Gesichtspunkten — festzusetzen. Das ist nicht zweckmäßig, weil leider keine sichere Kongruenz zwischen dem Verhalten dieser äußeren Symptome und dem Zustand der inneren Verfassung des Kranken vorhanden ist. Auch pflegt sich speziell der serologische Befund in der Mehrzahl der Fälle erst nach erfolgter Remission zu verändern. — Wenn wir uns aller Einschränkungen bewußt bleiben, insbesondere, daß es sich bei den folgenden Definitionen nicht um klassische, sondern um approximative handelt, so können wir uns ihrer am besten bedienen. Diese Bezeichnungen beziehen sich nicht nur auf das Wiener Material, sondern sind auch von einem Teil der Autoren übernommen worden mit dem Begriffsinhalt, den sie bei Gerstmann haben.

Gerstmann unterscheidet [39]):

1. eine Vollremission, d. h. „Remission mit völligem Rückgang der Krankheitserscheinungen oder nur mit den geringsten (erst bei genauer psychiatrischer Prüfung feststellbaren) residuären Zeichen der bestandenen, psychischen Störungen und mit vollkommener durch Tätigkeit erprobter Wiedererlangung der früheren Berufsfähigkeit.

2. eine unvollkommene Remission, d. h. „Remission mit mehr oder minder ausgesprochenen Residuen psychischer Defektuosität."

a) höheren Grades, mit unauffälligen, geringgradigen noch in weiterer Abnahme begriffenen, erst durch nähere Untersuchung nachzuweisenden psychischen Defektresten, die die Gesellschaftsfähigkeit nicht beeinträchtigen und mit einem im Vergleich zu früher zwar mehr oder weniger herabgesetzten, aber doch verhältnismäßig beträchtlichem Maß von Arbeits-, Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit verbunden sind.

b) geringeren Grades, mit auffälliger gröberer schon bei oberflächlicher Betrachtung unverkennbarer, jedoch bis zu einem gewissen Grade noch rückbildungsfähiger, mit einem Nachlaß der akuten Erscheinungen und einer relativen Intensitätsabnahme des Demenzzustandes einhergehender und eine selbständige Lebensführung in häuslicher Umgebung nicht unmöglich machender residuärer psychischer Defektuosität.

Außerdem ist möglich im Verlauf der Behandlung

3. Unbeeinflußbarkeit.

4. Tod, und zwar entweder an der „Komplikation" Malaria oder an einer interkurrenten Erkrankung.

Gerstmann berichtet im ganzen über 400 Fälle von 1000 behandelten Paralytikern. Er hat nur solche Fälle verwertet, die eine Beobachtungszeit seit der Behandlung von mindestens 2 Jahren haben. Er kommt in der Sammelstatistik dieser 400 Fälle auf folgende Zahlen:

400 Fälle von 1917 bis Ende 1922: 33 % Vollremissionen und 14,25 % unvollkommene Remissionen. — Wie sich die unvollkommenen Remissionen auf solche höheren und solche niederen Grades verteilen, gibt er nicht näher an.

In seinen spezifizierten Statistiken ist die Verteilung folgendermaßen:

In der ersten Serie 1917:

9 Fälle	Vollremission	Unvollk. Remiss.	Unbeeinflußt	†	
	44,4	22,2	22,2	11,2	%

In der zweiten Serie 1919/20:

25 Fälle	Vollrem.	Unvollk. Remiss. höh. Grades	Unvollk. Remiss. ger. Grades	Unbeeinfl.	†	Unterbrech. d. Therapie	
	28	24	20	8	4	16	%

In der dritten Serie 1920/21:

116 Fälle	Vollrem.	Unvollk. Remiss. höh. Grades	Unvollk. Remiss. ger. Grades	Unbeeinflußt †	
	36,2	18,9	12	32,2	%

In der vierten Serie 1921/22:

250 Fälle	Vollrem.	Unvollk. Remiss. höh. Grades	Unvollk. Remiss. ger. Grades	Unbeeinfl.	†	
	34	20,4	9,6	26,8	9,2	%

Nächst der Wiener Klinik hat das größte Material die Psychiatrische Universitätsklinik und Staatskrankenanstalt Hamburg-Friedrichsberg, Weygandt, Mühlens und Kirschbaum referieren die Fälle. Es handelt sich um 300 Fälle, von denen 175 verwertet sind.

Die Behandlungszeit ist 1919/23.

175 Fälle	Vollrem.	Unvollk. Remiss. höh. Grades	Unvollk. Remiss. ger. Grades	Unbeeinfl.	† od. Verschlechterung	
	31,1	21,4	10,2	22,9	14,4	%

In der Nonneschen Nervenklinik Hamburg-Eppendorf wurden 96 Fälle behandelt und davon 60 statistisch verwertet.

60 Fälle	Vollrem.	Unvollk. Remiss. mit Berufsfähigkeit	Unbeeinfl.	
	48,3	20	15	%

Nonne unterscheidet nicht wie Gerstmann. Er spricht von guten Remissionen und meint damit Vollremission und von unvollkommenen Remissionen mit Berufsfähigkeit. Bei ihm fehlt die dritte Gruppe.

In der Landesirrenanstalt „Am Steinhof“ wurden seit 1920 100 Paralysen mit Malaria behandelt.

100 Fälle	Vollrem.	Unvollk. Rem. höheren Grades	wenig gebessert, unbeeinflußt und †	
	15	19	der Rest	%

In der Dalldorfer Irrenanstalt, in der Steyermärkischen Landesirrenanstalt Feldhof bei Graz wird auch von guten Remissionen gesprochen. Plehn gab auf der Versammlung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1923 die Zahlen so an:

Vollrem.	Deutliche Besserung	Versagen	
33⅓	33⅓	33⅓	%

Zahlreiche Autoren bestätigen diese guten Resultate:

Mayer-Innsbruck, Pötzl-Prag sprechen von 35 % guten Remissionen und begründen diesen niederen Prozentsatz damit, daß sie wahllos behandelt haben. Plehn nennt die Malariabehandlung die „souveräne Behandlungsmethode bei Paralyse“.

Auch in das Ausland hatte die Malariatherapie bald ihren Weg gefunden.

In Holland wird sie seit 1921 geübt. In Amsterdam ist die Gesamtsumme der Remissionen mit 55 % angegeben. — In Peru, Rußland, Italien, Dänemark, England, Frankreich hat sie sich eingeführt. Statistiken aus Dänemark sprechen von 32 % Voll- und 21,6 % unvollkommenen Remissionen, aus England von 28 % Voll- und 20 % unvollkommenen Remissionen und 12 % somatischen Besserungen.

Die bisher angeführten Angaben stammen alle aus dem Gerstmannschen Buche, wo sie gesammelt sind. Seit dem Erscheinen des Buches hat sich die Zahl der Referate über die Erfolge der Malariabehandlung ins Unendliche vermehrt.

Neue Wiener Statistiken [40]) sprechen von 75—84 % Vollremissionen, weil die Fälle gut gesichtet werden und nur solche zur Behandlung kommen, die in frühen Stadien ihrer Entwicklung stehen.

Auch Professor Redlich [41])-Wien gibt die Zahl der deutlichen Besserungen mit 60 % in den großen Kliniken an, wovon 30 % auf Vollremissionen zu rechnen seien. — Die Wiener Statistiken scheinen die besten Resultate aufzuführen. Wie weit hier begreiflicher Enthusiasmus mitwirkt, ist prozentualiter nicht zu errechnen, doch ist um so eher zu begreifen, daß in der Stadt, von der die Behandlung sich über die ganze Erde ausgebreitet hat, eine besondere Neigung besteht, die gewonnenen Resultate dankbar und optimistisch zu betrachten.

Plehn-Wien [42]) referiert ähnliche Erfolge wie Gerstmann.

Meyer-Königberg[43]) hat 135 Fälle. Davon
11,8 % „Beserungen 1. Grades 14,8 % „2. Grades“ 25,9 % „3. Grades“
25,9 % keine Besserung 21,6 % †.

Von Raven (Provinzialheil- und Pflegeanstalt Plagwitz a. Bober) [44]):

	Vollrem.	Unvollk. Rem.	Ungebessert	†	
30 Fälle	23	23	36	18	%

Karstadt [45]) (Psychiatrische Klinik Erlangen) berichtet über 10 % Vollremissionen. Nonne [46]) in einer neuen Statistik über 322 Fälle hat 30 % Vollremissionen und 8 % Tote. Er nennt die Methode der Wahl für Paralysebehandlung: eine Infektionskrankheit, der sich eine spezifische antisyphilitische Therapie anzuschließen hat.

Berthold Kihn-Erlangen [47]) berichtet:

Vollrem.	Unvollk. Remiss. höh. Grades	Unvollk. Remiss. ger. Grades	gebessert, doch nicht entlassungsfähig	†	Ungebess.	
10	23	10	20	22	15	%

Diese besonders schlechten Zahlen führt er darauf zurück, daß er unterschiedslos, auch fortgeschrittene Fälle geimpft hat.

Die Dalldorfer Statistik [48]) von 1925 verwertet von 450 Fällen 215 und hat

	Vollrem.	Unvollk. Remiss.	Unbeeinfl.	†	
215 Fälle	35,2	13,5	30	21,3	%

Die Statistik der Charité-Berlin [49]) umfaßt 100 Fälle ungebessert

	Vollrem.	Unvollk. Remiss.	Ungbess.	†	
100 Fälle	21	28	39	10	%

Tübingen [50]), wo seit November 1924 mit Malaria behandelt wird, berücksichtigt 33 Fälle.

	Vollrem. mit geringsten psych. Defekten	Remiss. höh. Grades	Remiss. ger. Grades	Unbeeinfl.	†	
33 Fälle	12	21	21	36	10	%

Fleck-München [51]) berichtet über die Ergebnisse an der Psychiatrischen und Nervenklinik, München, wo seit 1922 die Malariabehandlung eingeführt ist. Er verwertet das Material sehr skeptisch und stellt etwa den Gegenpol zur Wiener Richtung dar. Er verzichtet auf die Gerstmann'schen Bezeichnungen und nennt

29,1 % die wieder berufsfähig wurden
10,9 % die zu Hause gehalten werden konnten
49,1 % die anstaltsbedürftig blieben
10,9 % die während oder unmittelbar im Anschluß an die Fieberbehandlung starben.

Besonders groß ist auch die Anzahl der Berichte aus dem Auslande seit 1925. Hier seien nur die am wichtigsten scheinenden angeführt.

England:

Autoren: Leary, Goeckermann und Parker [52]).

Vollrem.	Unvollk. Remiss.	Unbeeinfl.	†	
25	43	14	18	%

Zürich:

Pfister, Psychiatrische Univers. Klinik [53]).

Vollrem.	Unvollk. Remiss.	Unverändert	†	
15,6	28,6	39	16,8	%

Italien:

Pastrovich-Triest [54]).

Vollrem.	Unvollk. Remiss.		Unverändert	†	
	höh. Grades	ger. Grades			
23	23	15,8	22	16,2	%

Polen:

Artwénski und Ostrowski [55]).

Vollrem.	Unvollk. Remiss.		Unverändert	†	
	höh. Grades	ger. Grades			
40	8,3	—	31,7	20	%

Rußland:

Mosgowoi und Ssobolewskaja in Charkow [56]).

zählen 40,9 % Remissionen.
Die Autoren nehmen die Zahl der Spontanremissionen in der Ukraine mit 5 % an.

Ungarn:

Somogyi und Büchler [57]).

18,75 % Vollremissionen
18,75 % Wesentliche Besserungen
62,5 % †, verschlimmert und unverändert

Spanien:

Mó Arturo [58]).

13,9 % wurden berufsfähig
27,9 % konnten wieder in der Familie und Gesellschaft leben
15,5 % konnten gebessert in der Anstalt leben
18,6 % blieben unverändert
6,9 % †
14,2 % sind noch in Behandlung.

Amerika: Driwer, Gammel, Karnosh [59]).

Vollrem.	Unvollk. Remiss. höh. Grades	Unvollk. Remiss. ger. Grades	Unbeeinfl.	†	
26	26	13	22	13	%

Zu den Auslandsstatistiken sei bemerkt, daß sie viel weniger Material umfassen. Die größte von Artwénski zählt 140 Fälle, die von Pastrowisz 91, die kleinste der angeführten stammt von Leary mit 24 Fällen.

Ganz ähnliche Resultate wie bei der Malaria haben wir auch bei Rekurrensbehandlung der Paralyse. Sie wird von Plaut und Steiner, Weygandt, Mühlens und Kirschbaum, Weichbrodt, Sagel, Werner u. a. ausgeführt.

Es war am Eingang der Arbeit schon von den Voraussetzungen die Rede, von denen die Autoren Plaut und Steiner bei dieser Art der spezifischen Therapie ausgingen, daß sie nicht daran dachten, einen Versuch mit einer anderen Infektionskrankheit zu machen, sondern daß sie eine nicht nur gegen die Rekurrensspirillen gerichtete Immunität erzeugen wollten, die schädigende Bedingungen für die Syphilisspirochaeten schaffen sollte.

Mühlens, Weygandt und Kirschbaum kamen zur Aufnahme der Therapie erst sekundär und zwar weil sie nach einer Infektionskrankheit suchten, die weniger gefährlich als die Malaria wäre und durch die mit geringerer Gefahr derselbe Effekt erreicht werden sollte. — Die Statistik der Malariamortalität ist ja verhältnismäßig hoch, trotzdem zu bedenken bleibt (wie schon früher gesagt), daß jeder Paralytiker früher ein sicherer Todeskandidat war und daß vorzugsweise solche Behandelten an der Behandlung sterben, die ohnehin stark bedroht waren und daß andererseits viele der vorkommenden Todesfälle durch interkurrente Erkrankungen hervorgerufen sind, Erkrankungen, für die der geschwächte Paralytiker besonders empfindlich sein muß. — Zu einer Zeit, in der es noch nicht wie heute gelungen war, Malariablut länger infektionsfähig zu konservieren, sprach auch die Tatsache mit, daß das Rekurrensmaterial in Form der infizierten Mäuse leichter zu verschicken war.

Tatsächlich zeigt sich die Rekurrensimpfung als die harmlosere, die Fieberanfälle erfolgen in großen Zwischenräumen, wodurch sich die Kur allerdings länger hinzieht. Andererseits gibt es Komplikationen mit meningitischen Symptomen, die dadurch entstehen, daß die Spirillen in den Liquor eindringen. Dann hat man bei der Rekurrensinfektion kein Mittel, um gegebenenfalls die Krankheit zu koupieren (analog dem Chinin bei der Malaria). Schließlich hinterläßt die Rekurrensbehandlung Immunität, weshalb eine Wiederholung der Kur bei etwaigen Rezidiven nicht möglich ist.

Die Zahl der Remissionen verhält sich ungefähr gleich wie bei der Malaria. Jedenfalls ist sie nicht derart verschieden, daß man daraus Schlüsse ziehen könnte, auf welcher Seite der größere therapeutische Effekt ist.

Plaut und Steiner [60/61]) sprechen von 34,2 % sehr guten Remissionen mit leichten psychischen Veränderungen, Stimmungslabilität, Reizbarkeit, Hypochondrie, Merkschwäche.

Die Statistik von Arnsdorf in Sachsen [62]) spricht von 56,3 %, die sozial geheilt bezw. wesentlich gebessert worden seien.

Horn [63]) vergleicht die Erfolge der beiden Methoden, die er abwechselnd nebeneinander angewandt hat.

	Vollrem.	Unvollk. Remiss.	Unbeeinflußt	†	Überraschend die gleich. Mortalit. %
Malaria	42,4	30,3	18,2	9	
Recurrens	18,2	27,3	45,5	9	

Von manchen Autoren Wagner-Jauregg [64]) Gerstmann, Fleck [65]) und Horn [66]) wird empfohlen, die beiden Kuren zu kombinieren, z. B. den noch schwachen Paralytiker mit Rekurrens zu behandeln und später — falls der Effekt noch nicht der gewünschte ist und der Patient gekräftigt erscheint — eine Malariakur anzuschließen.

Die Erfolge sind, wie man sieht, außerordentliche, insbesondere, wenn man vergleicht, welche „Erfolge" in den einzelnen Anstalten vor der Malariatherapie erzielt wurden.

Die umfangreiche Statistik von Tophof [67]) spricht von Vollremissionen bei unbehandelten Paralytikern in 4,8 % der Fälle, von unvollkommenen Remissionen in 14,9 %. Diese Statistik stammt aus dem Jahre 1924. — Alte Statistiken [68]) von Acker 1888 zählen 14,3 % Remissionen, von Behr 1900 4,08 %, von Gaupp 1903 10 % (davon sehr weitgehende 1 %), von Kraepelin 15,9 %, Weichbrodt, dann neuerdings 1920 10 %, Kirschbaum 1923 11,7 %. — Diese schwankenden Zahlen erklären sich ganz selbstverständlich aus der Verschiedenheit der Auffassung des Remissionsbegriffes bei den einzelnen Autoren. Dasselbe gilt natürlich in gewisser Weise auch für die Statistiken der Remissionen der behandelten Paralyse. — Trotzdem muß zugegeben werden, daß diese Zahlen bedeutend stetiger und höher sind. Übereinstimmung herrscht auch bei fast allen Autoren über die Art der Remissionen. Überall wird hervorgehoben, daß die paralytischen Anfälle bald nach Beginn der Kur aufhören und daß Sprach- und Schreibstörungen besonders rasch zurückgehen. Eine gewisse Übereinstimmung besteht auch in Bezug des psychisch Erreichten. In den besten Fällen kommen „Vollremissionen" zustande. Die Liquorbefunde bessern sich oft, doch nicht immer. Am schwersten zu beeinflussen sind die Pupillenstörungen.

Die Einstellung zum Wert des Erreichten ist eine denkbar verschiedene. Jahnel [69]) schreibt 1926, daß Kraepelin der Meinung sei, in Bälde könne die Heilung bezw. Verhütung der Paralyse erreicht werden. 1918 stellte Hoche [70]) in Baden-Baden die Heilbarkeit der Paralyse in Aussicht. 1925 sagte er [71]), daß auch der therapeutische Skeptiker nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet sei, die Malaria-

behandlung anzuwenden, allerdings ist er selbst es, der empfiehlt, von „Stillstand" und nicht von „Heilung" zu reden. Die sehr skeptische Schlußbemerkung in Fleck's Arbeit fordert auf, die Behandlung der Paralyse mit Malaria immerhin mit einer leichten Dämpfung des anfänglich sehr großen Optimismus, weiterzuführen. Und zwei andere Autoren Jossmann und Steenaerts [72]), die in ihrer eigenen Statistik 21 % Vollremissionen aufführen, sagen, von einer Heilung der Paralyse könne nicht gesprochen werden.

Sind die erzielten Remissionen als Heilungen anzusprechen?

Früher galt die Paralyse als unheilbar, trotzdem Remissionen sowohl als Stationärwerden des Prozesses nicht ganz selten vorkam. Die Remissionen wurden eben als Remissionen angesehen, als Haltestationen, die letzten Endes das Fortschreiten des Prozesses verzögern, doch nicht verhindern können. Wie ist es nun mit den Malaria- und Rekurrrensremissionen? Unterscheiden sie sich von den Spontanremissionen? Verdienen sie eine höhere Wertung?

Auffallend ist zunächst die viel größere Zahl der Heilremissionen, wenn wir Tophofs sehr genaue Statistik der Spontanremissionen zu Grunde legen, mit ihren 4,8 % Voll- und 14,9 % unvollkommenen Remissionen, zusammen 19,7 % Remissionen überhaupt und vergleichen die neueren Zahlen mit durchschnittlich 30 % Vollremissionen und durchschnittlich 20 % unvollkommenen Remissionen, so wäre das Resultat der neuzeitlichen Behandlung: Remissionen in 50 % aller b e h a n d e l t e n Fälle. Besonders eindrucksvoll ist die Gegenüberstellung Kirschbaums [73]), der seine Remissionsstatistik der malarialosen und malariabehandelten Jahre vergleicht. Er hatte 1910—18 11,74 % Spontanremissionen. 1919—23 52,5 % gute Remissionen. Diese Zahlen werden allerdings an absolutem Maß gemessen kleiner; denn wir müssen berücksichtigen, daß es meistens schon ausgesuchte Fälle sind, die der Behandlung zugeführt werden. Sobald man „wahllos" behandelt, verschlechtern sich die Zahlen wesentlich, wie aus der Statistik von Kihn hervorgeht. Immerhin besteht andererseits die Möglichkeit, daß die Zahl dieser nicht mehr zu behandelnden Fälle ihrerseits mit der Zeit abnimmt, da man — in dem Maße, wie sich die Malariatherapie überall einführt — auch allmählich immer mehr die Kranken im ersten Halbjahr ihrer Erkrankung wird erfassen können. —

Die zweite Frage ist die Frage nach der Dauer der Remissionen. — Von den Tophofschen 19,7 % Spontanremissionen rezidivierten im ersten Jahre 73 %, d. h. rund drei Viertel der Remissionen waren von kurzer Dauer. Das zweite Jahr nach erfolgter Remission erlebten nur ein Viertel der Remittierten. Im Gegensatz hierzu zeigen die Heilremissionen eine „ausgesprochene Tendenz zur Dauerhaftigkeit." Sie tendieren zur Dauerhaftigkeit. Darüber berichten alle Autoren.

Die längste Beobachtungszeit hat Gerstmann. Von den 1917 behandelten Fällen waren 1925 noch drei in Vollremmission. Von den

25 Fällen der Behandlungsserie 1919/20 erreichten eine Remission 18, davon 7 eine Vollremission. Zwei unvollkommene Remissionen wuchsen sich nachträglich noch zu Vollremissionen aus. 1925 berichtet Gerstmann von diesen 7 Vollremissionen nur 1 Rezidiv und zwar nach 3 Jahren. Von den 6 unvollkommenen Remissionen höheren Grades 1 Rezidiv nach 1 Jahr. Von den 5 unvollkommenen Remissionen geringeren Grades rezidivierten 1 nach 1 Jahr, 2 starben nach dieser Zeit, ein dritter nach 3 Jahren, so daß 1925 sich noch 8 Behandelte in ungetrübter Vollremission befanden. — Von 42 Vollremmissionen der Serie 1920/21 waren 1925 noch 33 Fälle in Vollremission. Von den 36 unvollkommenen Remissionen blieb die Hälfte stationär, die andere Hälfte rezidivierte oder starb. — Von 85 Vollremissionen der Behandlungszeit 1921/22 erlitten ein Rezidiv im ersten Jahre 3, nach 2 bis 2½jähriger Pause 2. Zwei starben, von vieren fehlt jede Nachricht. 1925 befanden sich in sicherer Vollremission noch 74. Von den 75 unvollkommenen Remissionen derselben Serie rezidivierten 18.

Bei Weygandt [74]) ist die Rede von 10 Rezidiven bei 103 Remissionen mit erheblicher Besserung.

Ein Teil der Statistiken verwertet überhaupt nur Fälle, bei denen eine längere Zeitdauer seit der Behandlung vergangen ist. So Hamburg (Nonne) [75]) keine Fälle, die weniger als 1½jährige Dauer der Remission zeigen. Am Steinhof [76]) keine mit weniger als 2 Jahren Beobachtungszeit nach der Kur. — Hamburg (Weygandt, Mühlens und Kirschbaum [77]) hat 9 Remissionen nach Rekurrensbehandlung, die bereits das 3. und 4. Jahr dauern. In der Arnsdorfer Statistik [78]) wird unter 25 Remissionen von 1 Rezidiv gesprochen. Plaut und Steiner [79]) haben bei ihren 26 Remissionen 1 Fall, in dem die Remission schon über 4 Jahre anhält, 15 Fälle mit einer Remissionsdauer bisher von 2—3 Jahren, 5, die sich 1—2 Jahre, 5, die ¾ bis 1 Jahr sich in Remission befinden.

Die Zeit ist zu kurz, die seit Einführung der unspezifischen Behandlung verflossen ist, um ein letztes Wort über die Dauerhaftigkeit der Heilremissionen zu sprechen. Die meisten Kliniken haben erst in den 20er Jahren mit dieser Behandlung begonnen, zum Teil noch später. Fleck meint, vorsichtiger wie Gerstmann, daß man über die Dauer der erzielten Remissionen sagen könne, sie sei anscheinend größer als die der Spontanremissionen.

Spontanremissionen wurden früher mit Vorliebe bei der manischen Form der Paralyse gefunden und zwar besonders häufig nach stürmischen Exacerbationen. Darum hielt Beilhanger [80]) 1876 diese Spontanremissionen gar nicht für Remissionen, sondern für das „Abheilen manischer Attacken". Er fügt hinzu: „die Symptome bleiben wie sie sind, nur der manische Anfall verschwindet" [81]). Auch Wernicke hielt die Remission für den „nächsten Ausgang akuter paralytischer Psychosen" [82]), und Alzheimer beobachtete sie fast nur „nach Krank-

heitszuständen, die fast nur aus Reizerscheinungen zusammengesetzt waren“ [83]). Für Schroeder [84]) sind sie bedingt durch nichts als das Abklingen episodischer Verschlimmerungen. Selbst wenn die Remission eingetreten ist, ist die Paralyse nicht zum Stillstand gekommen. Die Remission stellt darum auch nicht den Status quo ante her, sondern im besten Fall den Status quo ante exacerbationem.

Teilremissionen finden sich bei allen Formen der Paralyse, auch bei den schleichenden dementen Formen. Ungeeignet ist nur die galoppierende Paralyse und die juvenile, deren Unbeeinflußbarkeit alle Autoren angeben. Auch dies scheint ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen Spontan- und therapeutischen Remissionen.

Wir wissen, daß die progressive Paralyse eine organische Erkrankung ist mit gewissen konstanten Symptomen, die exakt zu diagnostizieren sind. Die Trias der körperlichen Symptome: Pupillenstarre, Sprachstörung, Lumbalbefund, jene klassischen Symptome, deren gleichzeitiges Vorhandensein ausnahmslos die Diagnose Paralyse zu stellen berechtigt, diese Symptome müßten, wenn die therapeutischen Remissionen Heilungen wären, zum Verschwinden gebracht werden. — In allen Fällen von Vollremissionen verschwunden sind die Sprachstörungen und mit ihnen die Störungen der Schrift. Sie pflegen sich ja am ersten zu bessern. Alle Autoren geben als das am schlechtesten zu beeinflussende Symptom die Pupillenstarre an. Die Wiederkehr einer teilweisen trägen Lichtreaktion wird in einzelnen Fällen gemeldet. — Die Veränderung des Lumbalbefundes ist individuell wechselnd. Gerstmann und sämtliche andere Autoren berichten von Vollremissionen, deren Liquorbefund unverändert ist, von anderen, in denen eine teilweise Änderung eintrat und schließlich von solchen, wo tatsächlich die Besserung des Lumbalbefundes erreicht wurde. Insbesondere wird häufig berichtet, daß im Anfang — selbst bei psychischen Vollremissionen — der Liquor ganz unverändert bleibe und daß allmählich erst Besserung eintrete. Auch ist deutlich zu erkennen, daß eine Parallelität zwischen klinischer Besserung und Verhalten der biologischen Reaktionen nicht regelmäßig nachzuweisen ist. Zuweilen findet später ein Ausgleich statt. Gerstmann gibt an, daß erfahrungsgemäß zuerst die Zellzahl und der Gesamteiweißgehalt abnehmen, was von Horn [85]) bestätigt wird. — Eine der empfindlichsten Reaktionen ist die Hämolysinreaktion. Sie ist vor der Behandlung bei 68 % der Paralytiker positiv, nach der Behandlung nur noch bei 9 %. Horn spricht von einem „schlagartigen Zurückgehen“ dieser Reaktion durch die Behandlung. Horn glaubt auch, daß die einmal negativ gewordene Reaktion während der Remission negativ bleibt und daß die Wassermannsche, Globulin- und Goldsolreaktionen in den meisten Fällen ihre hochpositiven Werte behalten. Bei Vollremissionen wurde oft nach längerer Zeit der Wassermann negativ. Das Schlechterwerden der Globulin- und Wassermannreaktion war meistens ein Zei-

chen des beginnenden Rezidivs. Im übrigen sind abgesehen von diesem letzten Fall (dem W i e d e r schlechterwerden der beiden genannten Reaktionen) prognostische Schlußfolgerungen aus den Veränderungen des Liquorbefundes nicht möglich. Einen hierfür charakteristischen Fall beschreibt auch Boumann [86]) in dem zwar serologisch eine Besserung eingetreten war und der doch klinisch unverändert blieb. Auch die Sektion dieses Falles ergab einen Rückgang der paralytischen Veränderungen im Sinne einer Besserung.

Die klassischen körperlichen Symptome sind also auch bei der klinischen Vollremission außer dem Symptom der Sprachstörung meist nicht zum Verschwinden gebracht.

Eine genau bekannte materielle Veränderung bei der Paralyse ist erst nach dem Tode zu konstatieren: der histologische Hirnbefund. Es ist von äußerster Bedeutung für die Beantwortung der oben gestellten Frage, zu wissen, ob dieser histologische Hirnbefund Veränderungen erfahren hat und welcher Art sie sind. Auch die Frage des Vorkommens von Spirochäten ist von fundamentaler Bedeutung.

Die hauptsächlichen Arbeiten über dieses Gebiet sind von Sträußler und Koskinas in Wien, Löwenberg, Steiner, Bielschowski, Spielmeyer, Gurewitsch. Über die 3 ersten berichtet Gerstmann ausführlich.

Meist handelt es sich bei den Sektionen um interkurrent oder in der Remission Gestorbene, oder um solche, die in einem Rezidiv zu Grunde gegangen sind. Eigentlich müßte man, um den theoretisch denkbar günstigsten Fall zu haben, das Gehirn eines Mannes sezieren, der nach langer, bis zum Ende bestehender Remission starb. — Sträußler und Koskinas [87]) sind der Meinung, „daß der durch die Malariatherapie erzielten Remission des klinischen Krankheitsbildes eine Regression oder ein Stillstand des anatomischen Hirnprozesses parallel geht“ [88]). Sie sprechen in einigen Fällen davon, daß der histologische Prozeß „so dürftig war, speziell hinsichtlich entzündlicher und progressiver Erscheinungen, daß ohne vorherige klinische Kenntnis die anatomische Diagnose vielleicht unmöglich gewesen wäre“ [89]). Sie berichten vom Fehlen der Infiltrate um die Gefäße und von Veränderungen der Zellarchitektonik. Sie vergleichen in anderen Fällen das gewonnene Bild mit dem bekannten der sogenannten stationären Paralyse. —Auch Löwenberg [90]) berichtet, daß der histologische Befund in seinen Fällen „so uncharakteristisch war, daß ohne genaue Kenntnis des Krankheitsverlaufes die anatomische Diagnose der Paralyse kaum möglich gewesen wäre“ [91]).

In Fällen, wo die Patienten während der Behandlung starben, fand man laut Gerstmann keine Veränderung des Krankheitsbildes. Im Gegenteil, „hier fanden sich die entzündlichen und proliferativen Vorgänge in denkbar stärkstem Maße ausgeprägt“ [92]). Sträußler und Koskinas sind der Meinung, daß gerade diesen in der Behandlung stehenden Fällen die Steigerung eigen ist: „die Steigerung der Infiltrationserscheinungen und der proliferativen Vorgänge an den Gefäßen und

der Glia, die lebhafte Exsudation aus den adventiellen Lymphräumen und in das Nervensystem selbst“ [93]). Gerstmann sieht diese histologischen Erscheinungen als Symptome einer Heilentzündung im Sinne Biers an und glaubt, daß in ihrem Gefolge eine allmähliche Umwandlung des Reaktionszustandes des paralytischen Gewebes aus dem die Progressivität und Destruktivität bewirkenden unspezifisch-malignen in einen spezifisch-benignen und zwar im Sinne einer Lues cerebri eintrete. — Spielmeyer [94]) [95]) greift diese Ansicht an und glaubt nur an eine einfache Rückbildung des paralytischen Prozesses. Bielschowski [96]) bemerkt, daß er niemals wesentliche Änderung in der Qualität des paralytischen Prozesses konstatiert hat. — Gurewitsch [97]) in Moskau veröffentlicht 1926 seine Erfahrungen. Er hat bei den Remissionen Abweichungen vom Bild der Paralyse gefunden, sei es, daß das Bild atypisch geworden war (z. T. im Sinne der Bilder der Anfallsparalyse Jakobs oder der stationären Paralyse oder der Hirnlues) sei es, daß es das Bild der oben angeführten Entzündungssteigerung aufwies, sei es, daß die Lokalisation des Prozesses sich jetzt speziell im Schläfenlappen zeigte, dies war besonders der Fall bei solchen Formen, die durch die Malariabehandlung eine Verschiebung des klinischen Bildes gezeigt hatten (von Gerstmann beschriebene halluzinatorische und katatonische Formen) und er bestätigt am Schluß, daß die Veränderungen, welche die Malariabehandlung im Gange des Krankheitsvorganges bewirkt, bedeutende sind.

Die histologische Veränderung ist nach Hoches [98]) Auffassung im wesentlichen eine Narbenbildung. Eine Wiederherstellung zu Grunde gegangenen Nervengewebes findet nicht statt. Er hält aber alle die Störungen im Krankheitsbild für rückbildungsfähig, die auf toxischen Wirkungen beruhen. — Auch Wendt [99]) hält die Restitutio ad integrum für unmöglich. Eine Rekonstruktion zu Grunde gegangener Mechanismen kann keine Therapie bewirken. — Natürlich ist der Defekt um so größer, um je ältere Fälle es sich handelt. Bei frischen Fällen sind diese Mechanismen noch nicht getroffen oder doch nur in geringem Maße. Wenn frische Fälle schwere Zustandsbilder zeigen, so führt Wendt das auf Konto der Einwirkung „der humoralen Noxe“ zurück, die allmählich den Hirnmechanismus schädigt. So ist für ihn auch die Remission nur die Remission der Einwirkung dieser humoralen Noxe und damit würde die Heilremission genau wie die spontane Remission nicht den Status quo ante, sondern auch nur den Status quo ante exacerbationem zurückführen können. Dem entspricht, daß der Erfolg ein um so größerer ist, je frischer der Prozeß, d. h. je weniger ante exacerbationem zerstört war. Wobei die Exacerbatio als ein länger dauernder Schub aufzufassen ist.

Da die „Heilung“ des histologischen Prozeßes durch Narbenbildung zustande kommt unter Bewahrung des einmal gesetzten Defektes, so verlangt Hoche, da die „ideale Heilung“ nicht möglich ist, daß keine Spirochaeten im Zentralnervensystem mehr angetroffen

werden, wenigstens keine aktiven. Diese Forderung ist wohl in Fällen von Vollremissionen erfüllt, wo von den Autoren immer wieder betont wird, daß Spirochaeten nicht nachzuweisen waren. — Auch dazu eine Ausnahme, die von Forster [100]) berichtet wird. Bei der Hirnpunktion von 3 mit Malaria behandelten Paralytikern fand er zweimal Spirochaeten, einmal keine.

Wenn wir jetzt vom histologisch-pathologischen Befund ausgehen, so erscheint es als ein Postulat, daß dem anatomischen Defekt, der Narbe, ein psychischer Defekt entspricht. — Durch die Kompensationsvorgänge, die dem Gehirn möglich sind, kann ein solcher tatsächlich bestehender Defekt teilweise verdeckt werden. Und zwar sind um so mehr Kompensationsmöglichkeiten vorhanden, auf je höherer Bildungsstufe sich das Individuum befindet. Trotzdem werden leichte Defekte in allen Fällen nachweisbar sein oder sich zufällig manifestieren. Das seelische Leben wird nach der Anschauung Hoches bei der Paralyse „von oben nach unten gewissermaßen abgetragen". Scheinbar werden gerade diejenigen Teile des Gehirns zerstört, die eine notwendige Voraussetzung für „die höheren und komplexen seelischen Leistungen" bilden. Darum ist das Hauptsymptom des seelischen Prozeßes bei der Paralyse die Veränderung der Persönlichkeit. — Persönlichkeit hier als „die Summe der höheren Ordnungen, als jener spezielle Verband von Anlagen, Trieben, Grundsätzen, Zielen, Wertungen, der mehr ist als eine Summe von einfachen Ordnungen, weil aus ihm eben wieder eine höchste Ordnung, ein letztes regulatives Prinzip hervorgeht" [101]). Diese Persönlichkeit zerstört der paralytische Prozeß. Ihre schleichende oder plötzlich einsetzende Veränderung ist oft das erste Symptom der Erkrankung. Und diese Persönlichkeitsänderung, die nicht durch exakte Untersuchungsmethoden nachzuweisen ist, die mehr durch das Gefühl empfunden, als durch den Intellekt bewiesen werden kann, diese Persönlichkeitsänderung scheint in der erzielten Vollremission nicht ganz verschwunden zu sein. Die zahlreichen einschränkenden Bemerkungen fast aller Autoren: „Vollremissionen mit leichten psychischen Veränderungen", „Stimmungslabilität, Reizbarkeit, Hypochondrie, Merkschwäche"; „mit geringsten psychischen Defekten", „gewissen residuären Intelligenzabschwächungen geringen Grades", alle diese Bemerkungen deuten darauf hin, daß etwas Persönlichkeitsfremdes zurückgeblieben ist. Wie deutlich mußten diese Symptome sein, daß sie der Arzt, wenn auch zuweilen mit Hilfe der Angehörigen, konstatieren konnte. Muß das nicht den Gedanken nahelegen, daß noch andere, feinere Dinge zu Grunde gegangen sind, deren Fehlen vielleicht nur von den Menschen empfunden wird, die mit dem Remittierten eng zusammenleben und auch nur insoweit, als sie ihn vor seiner Krankheit länger gekannt haben. — Der traurige, vielleicht trostlose Zustand, in dem der Paralytiker sich vor seiner Behandlung befand, läßt sicherlich in vielen Fällen sowohl den Arzt, als auch die Verwandten das Erreichte —

am früher Vorhandenen gemessen — überschätzen. Aber selbst wenn wir einen Fall einer klassischen Vollremission hätten und wären außerstande, irgendwelche Residuen nachzuweisen und wenn selbst die nächsten Anverwandten den Remittierten als vollständig unverändert gegen seinen Zustand vor der Krankheit bezeichnen würden, wie leicht wäre es denkbar, daß diese residuären unbeobachteten Veränderungen dann wieder in die Erscheinung treten, wenn der Geheilte wieder in seinem Milieu ist, den Schädigungen des sozialen Lebens, vielleicht auch des Alkohols ausgesetzt. In der Literatur wird von einem Remittierten berichtet, der klinisch geheilt schien, der berufsfähig und -tätig war und als vollständig wiederhergestellt geschildert ist. Er überraschte seine Frau eines Tages mit einem Blumenstrauß, den er in den städtischen Anlagen gepflückt hatte. Wie oft mag Ähnliches geschehen, Unbedeutenderes vielleicht, das zunächst harmlos erscheint und doch Symptom einer getrübten Urteilsfähigkeit, einer leicht läppischen Euphorie ist. Vielleicht ist es ein Taktfehler, der nur den überrascht, der den Paralytiker vor seiner Krankheit gekannt hat. Und wer kann ausschließen, daß ein solches an sich unbedeutendes Ereignis erstes Symptom eines beginnenden Rezidivs ist?

Ein wichtiges Kennzeichen der Heilung einer Geisteskrankheit ist das Entstehen der Krankheitseinsicht. Gerstmann rühmt besonders an seinen Vollremissionen, daß Krankheitseinsicht bestehe oder im Verlaufe der Remission entstehe. Fleck [102]) verneint sie in vielen Fällen. Jedenfalls scheint sie nicht in allen Fällen von Vollremissionen einwandfrei vorhanden zu sein.

Hoche [103])verlangt, um die Heilung einer Paralyse annehmen zu können, dreierlei: erstens die sichere Diagnose mit allen Kautelen, zweitens die psychische Wiederherstellung für die gesamte Lebensdauer und den Tod in nicht paralyseverdächtigem Zustand, drittens den anatomischen Nachweis des früher paralytischen dann zum Stillstand gekommenen Prozesses.

Diese Forderungen sind nach dem Vorhergegangenen bei den Vollremissionen nicht erfüllt. Deshalb sprechen die Autoren von einer „klinischen Heilung", einer Remission, die einer Heilung fast gleichzusetzen ist.

Erreicht ist durch die Malaria- und Rekurrensbehandlung das häufige Auftreten guter und langdauernder Remissionen, die besonders in frühen Zuständen der Erkrankung aus den oben beschriebenen Gründen zu einer so auffallenden Besserung führen, daß sie in vielen Fällen klinisch einer Heilung gleichzusetzen sind. Diese guten dauerhaften Remissionen bergen aber die Gefahr von Rezidiven in sich. Und zwar ist es nicht so, daß die besten Remissionen die wenigsten Aussichten auf Rezidive darböten. Die Rezidive erfolgen in Fällen, in denen man sie oft am wenigsten für möglich gehalten hätte. Allerdings sind die unvollkommenen Remissionen rezidivgefährdeter als die Vollremissionen. Doch die Prognose der Remissionen ist immer dubiös und

unberechenbar. Eine gewisse Formel hat Wagner-Jauregg [104]) gefunden, da er annimmt, daß Remissionen, die drei Jahre bestehen, nicht mehr rezidivieren. Von einer gewissen prognostischen Bedeutung scheint auch der Ausfall der Haemolysinreaktion zu sein. Weiter zeigt sich, daß Vollremissionen weniger Rezidivneigung haben als unvollkommene und unvollkommene höheren Grades weniger als unvollkommene geringeren Grades. — Die rein körperlichen Symptome sind in den oben besprochenen Grenzen einer Besserung fähig, klinisch einer Heilung, besonders die Randsymptome, nicht aber die Achsensymptome, von denen Hoche glaubt, daß sie den anatomischen nicht mehr ausgleichbaren Ausfällen entsprechen. Andere Autoren, insbesondere Kihn [105]) halten allerdings die Vollremmissionen für Besserungen, die den Kernpunkt der paralytischen Persönlichkeit erfaßt haben und nicht bei der Beseitigung von Randsymptomen Halt gemacht haben und doch gibt Kihn selbst zu, daß keiner seiner Fälle im Sinne von Hoche geheilt ist. — Die Berufsfähigkeit ist in allen Fällen von Vollremissionen, also bei ca. $^1/_3$ der Behandelten wieder hergestellt. Manche unvollkommen Remittierte können sehr wohl fähig sein, einem einfachen Beruf nachzugeben. Es wird von vielen Fällen berichtet, insbesondere von Gerstmann, in denen schwierige Berufe wieder zu voller Zufriedenheit ausgefüllt werden konnten. — Fleck [106]) hingegen spricht von einem höheren Beamten, der sich in Vollremission befindet und den nach erfolgtem Wiedereintritt seine vorgesetzte Behörde in eine noch höhere selbständige Stellung befördern wollte. Fleck als Begutachter konnte sich nicht entschließen, die ihm vorgelegten Fragen so zu beantworten, daß die Beförderung wäre ausgeführt worden. — Es fragt sich auch, ob es nicht gewisse Berufe gibt, die durchaus ungeeignet erscheinen, um von in Remission befindlichen Paralytikern (also früheren Geisteskranken) ausgefüllt zu werden. Solche Berufe sind die Berufe der Ärzte, Apotheker, Lokomotivführer, Weichensteller, Chauffeure. Diese Berufe sind für den Geheilten selbst unzweckmäßig, da sie besondere Ansprüche an seine — möglichst zu schonende — Nervenkraft stellen, außerdem handelt es sich bei ihnen um solche Berufe, bei denen ein plötzliches Versagen für Andere lebensgefährlich werden kann. Denn — solange nicht breitere Unterlagen geschaffen sind, Beobachtungen durch Jahrzehnte vorliegen, muß nach unseren Erfahrungen immer mit dem oft plötzlichen Eintreten von Rezidiven gerechnet werden und niemand ist in der Lage., weder ihr Eintreffen noch den Zeitpunkt ihres Eintreffens vorherzusehen.

Für den Gerichtsarzt handelt es sich bei der s t r a f r e c h t l i c h e n Stellung des behandelten Paralytikers um die Frage: Sind die Voraussetzungen des § 51 nicht mehr auf ihn zutreffend? Medizinisch gesprochen: ist der Behandelte geheilt? Nach allem Vorhergegangenen müssen wir diese Frage verneinen. Für den Gerichtsarzt haben von all den Momenten die das „Nichtgeheiltsein im ideelen Sinn“ bewei-

sen, zwei besondere Bedeutung: die residuäre Defektuosität, wenn auch geringen Grades, und die Rezidivgefahr.

Angenommen, ein in Vollremission Befindlicher beginge ein Verbrechen und gesetzt den Fall, er hätte seit Abschluß der Behandlung und bis zum Moment der Tat absolut den Eindruck eines Geistesgesunden gemacht, so wäre erstens die Möglichkeit, daß gerade diese Tat das erste deutliche Symptom eines Rezidivs darstellte und selbst dann, wenn nach der Tat dieser Eindruck der Geistesgesundheit weiterbestände, so wäre immer noch die zweite Möglichkeit gegeben, daß doch – trotzdem gröbere Veränderungen nicht nachzuweisen wären — die „Gesammtstruktur" der Persönlichkeit verschoben, „daß die Ordnung des psychischen Geschehens zerstört sein könnte." (Wetzel). Der „berechtigte Zweifel" würde auch hier „den Weg bezeichnen, auf dem die grundsätzliche und generelle Anwendung des Unzurechnungsfähigkeitsparagraphen zu begründen wäre." (Derselbe) [107]).

Schon ehe die Frage der Zurechnungsfähigkeit der sich in Vollremission befindenden Paralytiker akut wurde, war die „zum Stillstand gekommene Psychose" Gegenstand von Erörterungen. — Metzger [108]) weist auf die verschiedenen Richtungen, die sich bei der Beantwortung dieser Frage gebildet, haben, hin. Er führt Bleuler und Kahn als Anhänger der Inkulpierung an und Aschaffenburg als den Vertreter der Exkulpierung des Geisteskranken in allen Stadien seiner Erkrankung. Der Stillstand der Psychose wäre darnach nur ein Erkrankungsstadium. Auch Metzger tritt dafür ein, daß zwar — wenn der Prozeß stationär geworden ist — er als Geisteskrankheit seine Bedeutung für den § 51 verloren hat, daß aber dann ein neuer Zustand für den früheren Geisteskranken eingetreten ist, in dem er als abnorme Persönlichkeit gewertet werden müsse. — Wilmanns [109]) berichtet, daß früher nur solche Geisteskranke generell exkulpiert wurden, bei denen die Psychose durchaus manifest und stürmisch verlief, daß man bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts beginnende Psychosen, besonnene Halluzinanten, die äußerlich geordnet waren, nicht für unzurechnungsfähig, sondern nur für vermindert zurechnungsfähig hielt. Daß der „werdende" Geisteskranke freigesprochen werden müsse, betonte als Jurist zum erstenmal Berner [110]). Flemming [111]) sagt von den sogenannten intermediären Zuständen, welche man mit großem Recht den Heilremissionen der Paralytiker gleichsetzen kann — daß in ihnen nicht die Geisteskrankheit abnehme, sondern nur der Grad ihrer Erkennbarkeit. Daraus zieht er den Schluß, daß bei diesen Zuständen nicht die Zurechnungsfähigkeit selbst, sondern nur die Sicherheit, mit der man sie annehmen könne, schwanke. — In den Diskussionen über das Paranoiaproblem und insbesondere die Frage: Bilden paranoische Wahnvorstellungen unter allen Umständen einen Exkulpationsgrund? bei der Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte in Halle 1899, tadelt Aschaffenburg [112]) die Meinung, man könne die einzelnen Motive einer Tat feststellen und

ihren Anteil an der Tat abmessen. Er sagt es in Bezug auf den Paranoiker, doch treffen seine Worte in vollem Umfang auch auf den remittierten Paralytiker zu. Gerade bei ihm, wo die Urteilstrübung durch jene geringen residuären Intelligenzabschwächungen erfolgt sein und wo die Affektanormalität durch bestehende leichte Verstimmungen, Hypochondrie gegeben sein kann, wird man nie die „Auswirkung der Krankheit auf die seelischen Funktionen bis in die Tiefe durchschauen können“ [113]).

Das Problem der Auswirkung des veränderten Verlaufes der Paralyse auf die rechtliche Stellung des Paralytikers ist noch zu jung und die Grundlagen sind noch zu schwankend und wenig umfangreich, als daß es schon häufiger diskutiert worden wäre. Ich fand in der ganzen juristischen Literatur keine einzige Veröffentlichung, in der gerichtlich-medizinischen eine einzige umfangreichere. Es ist der schon am Anfang der Arbeit zitierte Schneidersche Vortrag. Auch Schneider bezeichnet die Stellung des in Remission befindlichen Paralytikers als unverändert und stellt den Remittierten generell unter den Schutz des § 51 und zwar nicht nur, was selbstverständlich ist, den in unvollkommener Remission, sondern auch den Paralytiker in der Vollremission. Er hält es in der Zukunft für möglich, wenn Wagner-Jaureggs Meinung [114]) durch die Erfahrung weitgehend bestätigt wurde, daß dann der länger als 3 Jahre Vollremittierte nicht mehr vor dem Strafgesetz als Geisteskranker anzusehen ist. Er wäre dann nach seiner Meinung ebenso zurechnungsfähig im Sinn des § 51 wie ein leicht Debiler. — Aufgabe des Gerichtsarztes kann es sein, bei einem solchen angeklagten Paralytiker, der als Vollremittierter entlassen wurde, nach Verschlechterungen zu forschen. Schneider sieht besonders Alkoholgenuß als ein Verschlechterung auslösendes Moment an, ebenso komplizierte Situationen, denen der Labilere, Verstimmbare nicht gewachsen ist und die bei ihm zu heftigen Affektspannungen führen. Sind solche Zusammenhänge da, ist überhaupt der Beginn einer Verschlechterung im Zeitraum vor der Tat vom Arzt zu konstatieren, so wird das ein Moment sein, das dem Richter den pathologischen Zustand des zunächst noch geordnet Erscheinenden eindrucksvoll illustriert. Sind solche Zusammenhänge nicht da, so empfiehlt Schneider, zu erklären, daß eine Entscheidung nicht möglich sei, daß zwar „nichts die Zurechnungsfähigkeit Trübendes“ im Moment nachzuweisen sei, daß aber auch bei diesen scheinbaren Heilungen (die besonders in ihrem eklatanten Umschlag dem Laien als solche imponieren müssen), doch die hohe Wahrscheinlichkeit „eines Zusammenhangs zwischen Krankheit und Straftat bestehe“.

Es ist auffallend, daß Wagner-Jauregg selbst in dem gerichtlich-psychiatrischen Abschnitt des Buches von Hofmann-Haberda [115]), trotzdem dieser Teil erst im Jahre 1923 erschien, von strengster Zurückhaltung in der Beurteilung dieser Frage ist, so daß er sie als überhaupt noch nicht gegeben betrachtet. Von ihm am ersten wäre

eine optimistische Einstellung zu verstehen und der Wunsch, den unzurechnungsfähigen Geisteskranken in einen voll verantwortlichen Gesunden verwandelt zu sehen.

„Von allen Formen des Blödsinnes und von allen Psychosen vielleicht überhaupt ist in Bezug auf die Dispositionsfähigkeit die wichtigste der paralytische Blödsinn", schreibt Wagner-Jauregg[116]). Und bei Gruhle heißt es: „Alle eigentlichen Psychotiker sind geschäftsunfähig, d. h. alle Paralytiker, Dementia praecox-Kranken, alle Manisch-depressiven im Anfall, außerdem ..." und: „bei den ersten drei Formen kann es keine Meinungsverschiedenheit geben. Sie sind unter allen Umständen geschäftsunfähig, sobald die Diagnose feststeht"[117]). — Auch Wagner-Jauregg hält es für selbstverständlich, daß der an einer mit Sicherheit diagnostizierten Paralyse Leidende geschäftsunfähig ist. In diesem Zusammenhang spricht er von den Schwierigkeiten, wie sie sich in den Remissionszuständen der Krankheit ergeben können. Er sagt dort wörtlich: ... „Remissionen, die überhaupt im Laufe derselben (der Paralyse) nicht selten auftreten und infolge neuerer Behandlungsmethoden häufig in besonderer Vollständigkeit und langer Dauer auftreten", und fährt fort: „doch sind diese Remissionen häufig nur vorübergehender Natur und werden nach Wochen oder Monaten durch einen Rückfall beendet"[118]).

Für den Paralytiker waren die Voraussetzungen der §§ 104 und 105, 1 in allen Stadien seiner Erkrankung gegeben, denn die Paralyse als Geisteskrankheit war durchaus als der vom § 104 geforderte, die freie Willensbestimmung ausschließende, seiner Natur nach nicht vorübergehende, Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit anzusehen. Zum Schutz diente dem Kranken der § 105, 1, den er mehr als jeder andere Geisteskranke brauchte. Sind ja für das frühe Stadium der Paralyse sinnlose Geschäfte, unzweckmäßige Ein- und Verkäufe, unsinnige Schenkungen und überstürzte Eheschließungen charakteristisch. Die manische Erregung, zusammen mit ausgesprochenen Größenideen und der schon vorhandenen Urteilsschwäche bei Wegfall der Hemmungen lösen einen Betätigungsdrang aus, der dem Paralytiker und seiner Familie in wirtschaftlicher Beziehung besonders verhängnisvoll werden kann.

Der Paralytiker in Remission, der seinen Beruf wieder ausübt, der keinerlei nachweisbare Symptome einer Psychose aufweist (abgesehen etwa von dem rein Körperlichen der Pupillenstarre) ist als geschäftsfähig zu bezeichnen. Wäre das nicht der Fall, so wäre für die meisten Berufe seine „Berufsfähigkeit" illusorisch. Vor allem gilt das für den Kaufmann, dessen Beruf darin besteht, Geschäfte abzuschließen und der also vollständig untauglich zu seinem Beruf wäre, wenn er diese Fähigkeit nicht mehr besäße. In weniger krasser Form, aber ebenso unerträglich wäre ein solcher Zustand für jeden andern Menschen, der im Begriff ist, in das bürgerliche Leben zurückzukehren. — Geht die Remission in ein neues Rezidiv über, so ist der

Wiedererkrankte dadurch geschützt, daß für ihn von neuem die Voraussetzungen der §§ 104 und 105, 1 zutreffen, so daß er also aus seiner Geschäftsfähigkeit wohl Vorteile zieht, ohne die Nachteile tragen zu müssen, wenn er in einem Rückfall seiner Erkrankung, „paralytische Geschäfte" macht, wobei es selbstverständlich ist, daß bei einer später erfolgenden Geschäftsunfähigkeitserklärung auch die von ihm getätigten guten Geschäfte nichtig werden. — Man wird das Wiedereintreten der Geschäftsfähigkeit in jedem Fall von der Güte der Remission abhängig machen, aber überall dort als gegeben betrachten, wo volle Berufsfähigkeit möglich geworden ist. Das ist bei allen Vollremissionen der Fall und bei unvollkommenen Remissionen höheren Grades, soweit es sich um einfache Verhältnisse handelt.

Von besonderer Wichtigkeit für den Paralytiker war von je die Frage der Entmündigung. Früher betrachtete man es als zweckmäßig, eine möglichst frühe Entmündigung des Paralytikers eintreten zu lassen. Keine andere Geisteskrankheit gefährdet in ähnlicher Weise die wirtschaftlichen Verhältnisse des Befallenen. Der Paralytiker ist, wie oben schon auseinandergesetzt, besonders in den ersten Stadien seiner Erkrankung zu den unsinnigsten Handlungen und Geschäften geneigt und gerät sehr bald in einen Zustand, wo er infolge Überschätzung der ihm gegebenen Möglichkeiten durch Urteilsschwäche und gesteigerte Affekterregbarkeit gänzlich unfähig wird „seine Angelegenheiten zu besorgen". Da die Entmündigung eine Maßregel ist, „die erst in der Zukunft wirksam sein soll", so ist in der Regel die Unheilbarkeit oder doch die voraussichtliche Unheilbarkeit einer Psychose für sie Voraussetzung. Auch diese Voraussetzung für die Entmündigungsreife war früher beim Paralytiker erfüllt. — Wie steht es heute?

Man wird in Zukunft immer mehr zur Frühdiagnose der Paralyse kommen. Die Erfolge der neuen Behandlungsmethoden sind bis in alle Schichten des Publikums gedrungen. Die körperlichen Symptome der Paralyse sind in weiten Kreisen, besonders der Gebildeten, bekannt. So werden, nachdem eine allgemeine Aufklärung über die Heilungsaussichten der Paralyse erfolgt ist, voraussichtlich viel mehr inzipiente Fälle in frühzeitige Behandlung kommen. Es würde schon nicht zweckmäßig sein, diese beginnenden Paralytiker zu entmündigen. Bei den großen Chancen, die gerade die Frühstadien der Erkrankung für eine Vollremission haben, würde es höchst unzweckmäßig sein. eine so komplizierte zeitraubende und geldverzehrende Angelegenheit einzuleiten, die vielleicht erst zu einem Zeitpunkt durchgeführt wäre, wenn der Kranke ihrer nicht mehr bedarf, ja, wenn er, wieder voll berufsfähig geworden, im Begriff ist, die Anstalt zu verlassen. Dann wäre der erste von neuem zu unternehmende Schritt die Einleitung der Aufhebung der Entmündigung, was abermals lange dauern und viel Kosten verursachen würde. Abgesehen davon fehlen inzwischen die Voraussetzungen der unheilbaren Psy-

chose und die Meinung wäre nicht aufrecht zu erhalten, daß der Paralytiker auch später — nach erfolgter Behandlung — seine Angelegenheiten nicht werde besorgen können. Im Gegenteil! seine Chancen, wieder berufsfähig zu werden, betragen mindestens 50 % aller Möglichkeiten. Es sei an die neuen Wiener Statistiken [119]) erinnert mit 75—84 % Vollremissionen bei Frühfällen. — Die Verhältnisse könnten nur dann anders liegen, wenn irgend eine ernstliche Kontraindikation gegen die Einleitung einer Heilkur vorläge, etwa in der Form einer schweren anderen Erkrankung des Betroffenen. — Ist wegen besonders gearteter Umstände eine Beschränkung der Geschäftsfähigkeit notwendig, so ist die Entmündigung wegen Geistesschwäche vorzuziehen. — Die Entmündigung in späteren Stadien der Paralyse erübrigt sich von selbst meist dadurch, daß der Kranke so gebrechlich und stumpf geworden ist, daß keinerlei Gefahr besteht, er könnte sich noch in Rechtsgeschäfte verwickeln. Außerdem ist er zu dieser Zeit fast immer in einer Anstalt untergebracht.

Was wird nun aus den Remittierten? Es bestehen zwei Möglichkeiten: 1. der Kranke war noch nicht entmündigt, 2. er war schon entmündigt.

Im ersten Fall richtet sich alles nach der Güte der Remission. Befindet er sich in Vollremission, so wird man auf alle Einschränkungen seiner Geschäftsfähigkeit verzichten. Ist er u n vollkommen remittiert, so ist die Entscheidung ganz davon abhängig, ob sein Zustand so ist, daß er der Regelung s e i n e r Angelegenheiten gewachsen ist. Das kann in einfachen Verhältnissen, in unkomplizierten Berufen bei den unvollkommenen Remissionen höheren Grades der Fall sein. Sind seine Verhältnisse verwickelter, so wird bei solch unvollkommenen Remissionen ja auch die Berufsfähigkeit nicht hergestellt sein. Dann kann je nach der Gefährdung, der er und seine Familie durch seinen Zustand ausgesetzt wäre — vor allem ist bei den unvollkommenen Remissionen ihre höhere Rezidivgefahr zu bedenken — die Voraussetzung der Entmündigung wegen Geistesschwäche vorliegen. Für die unvollkommen Remittierten geringeren Grades bleiben die Verhältnisse in Bezug auf die Entmündigung dieselben wie früher. Das heißt, für den Begutachtenden ist — ihre geistige Abnormität vorausgenommen — die Frage zu beantworten: inwiefern wirkt dieser Grad von Abnormität auf die Besorgung der gerade hier vorliegenden Angelegenheiten in ihrer Gesamtheit ein?

Schneider [120]) schlägt bei unvollkommenen Remissionen je nach Lage des Falles auch statt der Entmündigung die Pflegschaft vor. Er weist darauf hin, daß gerade die residuären Defektsymptome entscheidenden Einfluß auf die Wahl des einzuschlagenden Weges haben müssen. So warnt er z. B. davor, Remittierte, die besonders reizbar und eigensinnig sind, also bei denen die Stimmungslabilität das vorherrschende Restsymptom darstellt, unter Pflegschaft zu stellen.

Ein Schema zu geben ist hier unmöglich. Jeder Fall muß nach seinen individuellen Eigentümlichkeiten beurteilt und behandelt werden.

Auch die Wiederbemündigung ist eine Frage, die wenigstens für einen Teil der Remittierten in Betracht kommen kann, für solche Vollremissionen nämlich, die wieder in ihren Beruf zurückkehren und vor Einleitung der Kur bereits entmündigt waren.

So selbstverständlich es einerseits ist, daß der Berufsfähige nicht gleichzeitig wohl entmündigt sein kann, so schwierig ist für den Gerichtsarzt die Frage zu beantworten, ob der bisher Entmündigte jetzt tatsächlich wieder geschäftsfähig Gewordene auch in der Zukunft geschäftsfähig bleibt. Zu denken ist immer an die Gefahr der Rezidive, besonders für solche Paralytiker, die sich bei Beginn der Kur in fortgeschrittenerem Zustand befunden haben. Ein solcher fortgeschrittener Zustand wird aber meistens bei bereits entmündigten Paralytikern vorgelegen haben. — Der begutachtende Arzt wird den Richter also wohl auf die Gefahr, in der sich der Remittierte befindet, wieder geschäftsunfähig zu werden, hinweisen und dem Richter die bedenklichen Folgen einer verfrühten Aufhebung der Entmündigung darlegen.

Mit der Frage der Wiederbemündigung befaßt sich Wagner-Jauregg. Er verlangt, daß, ehe man dieser Frage nähertritt, die Besserung schon längere Zeit angehalten hat und bei „wiederholten in längeren Zwischenräumen erfolgten Untersuchungen" beständig geblieben ist und daß „das Individuum sich auch in seiner Aufführung außerhalb des Examens als genesen bewährt hat" [121]). Um die Wiederbemündigungsreife als vorhanden anzusehen, verlangt er insbesondere „die volle und offene Anerkennung der überstandenen Krankheit, die Einsicht in das Krankhafte ihrer einzelnen Äußerungen und die Wiederherstellung der alten psychischen Persönlichkeit" [122]). Diese Forderungen werden in vielen Fällen selbst von Vollremissionen nicht erfüllt sein. Natürlich ist bei der Wiederbemündigung genau wie bei der Entmündigung nicht nur der geistige Zustand in Betracht zu ziehen, sondern „der Umfang, die Schwierigkeit und Verantwortlichkeit der an das Individuum gestellten Aufgaben" [123]). Von Menschen in verantwortlichen Berufen wird man eine ganz andere „Reife"' verlangen müssen als von solchen, bei denen die Folgen einer Wiederbemündigung nicht weiter verhängnisvoll werden können.

Schultze, der Verfasser des zivilrechtlichen Teiles in Hoches Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie [124]) warnt bei einem in Remission befindlichen vor der unmittelbaren Wiederaufhebung der Entmündigung und schlägt vor, eine Zwischenstufe in Form der Entmündigung wegen geistiger Schwäche einzuschalten. Wenn dann der wegen Geistesschwache Entmündigte sich durch längere Zeit voll bewährt, dann bestehe immer noch die Möglichkeit, die Voraussetzungen des § 6, 2 anzuerkennen. In vielen Fällen glaubt Schultze, daß bei der Ausdehnung dieser Zwischenstufe die Remission selbst ihr Ende findet. „Jeden Augenblick kann ja die unheilvolle Krankheit von neuem einsetzen und die bekannten Gefahren heraufbeschwören" [125]). So können wir auch heute noch bei jedem Remittierten sagen.

Die äußerst schwierige Frage der Wiederbemündigung wird am besten vermieden und zwar dadurch, daß in Zukunft der frühe Paralytiker behandelt, nicht entmündigt wird.

Wenn es sich um gerichtsärztliche Beurteilung zivilrechtlicher Akte handelt, die von Nichtentmündigten, in Remission befindlichen Personen ausgeführt wurden, so können hier erhebliche Schwierigkeiten erwachsen. Besonders, wenn diese Akte nachträglich angefochten werden. Der Begutachter wird durch sorgfältige Erhebungen sich zu orientieren suchen, ob der Zustand der Vollremission zur Zeit der Abfassung des Aktes noch bestanden hat. Wenn später ein Rezidiv oder sogar der Tod in paralyseverdächtigem Zustand erfolgte, wird er oft — besonders dann, wenn der Inhalt des Aktes zu Bedenken Anlaß gibt — nicht bestätigen können, daß „die erhaltenen geistigen Leistungen zur ordnungsgemäßen Erledigung des betreffenden Aktes noch ausreichten“ [126]). Es ist undenkbar, den Zeitpunkt exakt zu bestimmen, bei dem die Vollremission in ein Rezidiv überging. Der endliche Ausgang des Prozesses muß gegebenfalls ausschlaggebend sein. Erfolgt ein Rezidiv und der Tod an Paralyse, so geht es nicht an, die damalige „Vollremission“ als eine tatsächliche zu bezeichnen, ebensowenig wie es möglich sein würde, die Geschäftsfähigkeit nachträglich zu verneinen, wenn der ehemalige Paralytiker im Zustande der Vollremission lange Jahre verharrt und in einem paralyse u n verdächtigen Zustand gestorben wäre.

Viel Anlaß zu Begutachtungen in den nächsten Jahren oder Jahrzehnten wird vermutlich die Frage der Ehefähigkeit bieten.

Diese Frage erledigte sich, solange die Paralyse unheilbar war, meist damit, daß, bis sie aktuell wurde, der Tod des kranken Teiles schon eingetreten war. Nur bei länger sich hinziehenden Formen konnte sie zur Diskussion kommen und war dann bei der früh eintretenden Verblödung und Gemütsabstumpfung der Paralytiker, der sicher anzunehmenden Aussichtslosigkeit seiner Wiederherstellung so zu beantworten, daß alle Voraussetzungen für die Erfüllung des § 1569 gegeben waren.

Die Frage der Ehefähigkeit kompliziert sich durch die Erzielung von Vollremissionen sehr.

Wenn der Paralytiker nicht behandelt wird, so liegt die Frage wie früher. Wird er behandelt, so sind 3 Möglichkeiten: er bleibt unbeeinflußt, auch dann bleibt alles beim alten; oder er erreicht eine unvollkommene Remission, sei es höheren oder geringeren Grades; oder schließlich; er gelangt in den Zustand einer Vollremission. — Auch für die Prüfung der Ehefähigkeit kommt nicht nur die Diagnose einer Geisteskrankheit des Partners in Frage. Auch hier handelt es sich außer um die bereits bestehende Dauer der Krankheit während der Ehe um ihren Grad und um die Beantwortung der überaus schwierigen Frage: ist dieser Grad derartig, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist und jede Aussicht auf Wieder-

herstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist? Früher konnte man diese Fragen bejahen. Heute ist die Paralyse nicht mehr als eine Geisteskrankheit zu bezeichnen, bei der die Aussicht auf diese Wiederherstellung auszuschließen wäre, und andererseits sind in den Remissionen — insbesondere den Vollremissionen — Stadien der Krankheit gegeben, die nicht mit Aufhebung der geistigen Gemeinschaft einhergehen müssen, die im Gegenteil die vorher verloren gegangene wiederherstellen können.

Nehmen wir jetzt an, daß ein Paralytiker nach halbjährigem Bestehen seiner Erkrankung in Behandlung käme, sich nach einem weiteren halben Jahr im Zustand einer Remission befände und diese Vollremission sich während zwei weiterer Jahre als beständig, erwiese, so würden — wenn der andere Teil nun, da 3 Jahre seit dem Beginn der Erkrankung verflossen sind, auf Scheidung drängte, — wahrscheinlich die Voraussetzungen des § 1569 nicht als gegeben angenommen werden können. Es sei denn, daß gerade solche residuären Defektuositäten zurückgeblieben wären, die sich im Zusammenleben zweier Menschen als besonders störend und die geistige Gemeinschaft auf hebend erweisen würden. Ob diese geistige Gemeinschaft aufgehoben ist, wird auch vor allem davon abhängen, in welchem Grade sie vorher bestanden hatte, d. h. wie innig und aufeinander abgestimmt das Zusammenleben dieser Menschen vor der Krankheit war. Doch wird wahrscheinlich in solchen Fällen die Tendenz des Zusammengehörens und das Mitfühlen mit dem Anderen sowie die Dankbarkeit über das Erreichte so groß sein, daß der Gedanke an eine Trennung nicht aufkommen wird. — Hat es sich um eine konventionelle Ehe gehandelt, so können andererseits diese geringen Störungen sich nicht in dem Maße auswirken, daß eine Aufhebung der geistigen Gemeinschaft erfolgte.

Anders bei unvollkommenen Remissionen besonders geringeren Grades „mit auffälliger, gröberer, schon bei oberflächlicher Betrachtung unverkennbarer psychischer Defektuosität". Hier wird je nach Lage des Falles, wenn die anderen Voraussetzungen vorliegen, auch die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft angenommen werden können und die Aussicht, daß sie wieder hergestellt werden könnte, wird erfahrungsgemäß als äußerst gering zu bezeichnen sein.

Wenn auf eine Remission ein Rezidiv erfolgt, so nehmen je nach Schwere des Rezidivs die Aussichten für die Zukunft ab.

Die dreijährige Dauer der Geisteskrankheit (während der Ehe) ist auch dann gegeben, wenn eine lang währende Remission einen Teil dieser Zeit ausgefüllt hat. Trotz erheblicher Besserungen rechnet die Krankheit von ihrem Beginn ab kontinuierlich weiter, vorausgesetzt, daß es sich beim Rezidiv um dieselbe Krankheit handelt. — Dieselbe Krankheit liegt natürlich auch dann vor, wenn ihr Bild sich gewandelt hat. Gerstmann berichtet davon, daß es Fälle gibt, die im Verlauf der Malariabehandlung eine Umwandlung ihres Bildes im Sinne einer

reaktiven Abänderung in ein atypisches und zwar in halluzinatorische, paranoide und katatoniforme Zustände erfahren. — Beim Stationärwerden eines paralytischen Prozesses, der auch durch Malariabehandlung nicht so selten eintritt, fragt es sich, wie bei jeder Geisteskrankheit, in welchem Stadium dieses Stationärwerden erfolgt ist und schließlich ob die vorliegenden Störungen sich auf das Bestehen der geistigen Gemeinschaft auswirken.

Als letzte Frage ergibt sich diese: Kann ein in Vollremission befindlicher eine Ehe eingehen? Ist eine in diesem Zustand vollzogene Ehe später als nichtig anzufechten?

Der Vollremittierte wird eine Ehe eingehen können, wenn er den Partner über seinen Zustand informiert hat und über die Gefahren, die dieser Zustand für die Zukunft einschließt und wenn er selbst zur Zeit der Eheschließung geschäftsfähig ist oder bei beschränkter Geschäftsfähigkeit die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters besitzt. — Natürlich ist vor einer solchen Ehe zu warnen und sicherlich werden nicht allzu viel Ehen auf diese Weise zustande kommen.

Wenn ein in Vollremission Befindlicher, der in seiner Geschäftsfähigkeit nicht beschränkt ist, eine Ehe eingeht, ohne den Partner über seinen Zustand zu informieren, so ist er zwar bei Eingang der Ehe nicht geschäftsunfähig. Doch sein Verschweigen ist als eine Verheimlichung „persönlicher Eigenschaften" aufzufassen, deren Kenntnis den Partner von der Eheschließung abgehalten hätte. Der Partner wird also, wenn er nachträglich von dieser Tatsache erfährt, die Ehe wegen Täuschung anfechten können. — Schultze [127]) betont ausdrücklich, daß früher überstandene Geisteskrankheiten als „persönliche Eigenschaften" zu bezeichnen sind, da sie die Gefahr der Rezidive in sich tragen. — Auch Reinheimer [128]) äußert sich ähnlich. Er betrachtet die Frage der Eheanfechtung von den durch die neueren Erfahrungen gegebenen Gesichtspunkten und geht insbesondere auf die Stellung der Remissionen ein. Auch er betrachtet die in der Remission zurückbleibenden Defekte als eine bleibende „persönliche Eigenschaft". Insbesondere weist er darauf hin, daß das Vorliegen der Paralyse eines Ehegatten bei der Eheschließung immer noch — unbeschadet der „Heilungsmöglichkeiten" durch die unspezifische Therapie — ein Anfechtungsgrund bleibt.

Die Frage der Ehefähigkeit des behandelten und weitgehend gebesserten Paralytikers ist wohl die schwierigste, weil subtilste in dem ganzen Bereich der zivilrechtlichen Fragen und nur durch allersorgfältigste Prüfung von Fall zu Fall zu lösen.

Es bleiben noch die Fragen der Testierfähigkeit, Aussagefähigkeit und Deliktsfähigkeit.

Da die Voraussetzung der Testierfähigkeit eigentlich nur bei wirklicher Geisteskrankheit nicht gegeben ist und der Nachweis erbracht werden muß, daß eine geistige Störung zur Zeit der Testamentserrichtung bestand und so erheblich war, daß sie den Willen des Erblassers

beeinflußte, so können diese Voraussetzungen bei einem Vollremittierten, Geschäftsfähigen nicht vorliegen. Siemerling [129]) weist darauf hin, daß das Gericht keine großen Ansprüche an die geistigen Fähigkeiten des Testierenden stelle (ist doch der 18 Jahre alte Minderjährige testierfähig) und er mahnt diesen Gesichtspunkt bei der Beurteilung der Testierfähigkeit eines an Geisteskrankheit Gestorbenen zu beachten.

Wird nachträglich ein Testament angefochten, so kommen die vorher geschilderten Gesichtspunkte in Frage.

Es wird sich für in Remission Befindliche, die ihr Testament errichten wollen, sehr empfehlen, daß sie gleichzeitig die Legalität des vorgenommenen Aktes durch eine protokolarisch festzulegende Untersuchung ihres Geisteszustandes sichern. Dies schlug auch Schultze und neuerdings Wagner-Jauregg vor.

An dieser Stelle, obwohl die Erörterung streng genommen in den ersten Teil der Ausführungen gehört hätte, sei die Aussagefähigkeit des Remittierten kurz besprochen.

Der Geisteskranke ist nur unbeeidigt zu vernehmen und Aschaffenburg [130]) dehnt diesen Zwang mit gutem Recht auch auf die gewesenen Geisteskranken aus. Zu ihnen gehören auch die Paralytiker, die sich in Remission befinden. Der Richter hat ja trotzdem die Möglichkeit, die Aussagen des Remittierten je nach ihrer Glaubwürdigkeit zu verwerten.

Und wie verhält es sich mit der Deliktsfähigkeit des Remittierten? Der § 827 verlangt den Nachweis eines die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustandes krankhafter Störung der Geistestätigkeit zur Zeit der Begehung des Deliktes. Es wird deshalb auch hier auf die Güte der Remission ankommen, insbesondere auf den Umfang der zurückgebliebenen Defekte, und ihre Art. Auch hier muß an der Deliktsunfähigkeit bei „begründetem Zweifel" festgehalten werden.

Zusammenfassend wäre zu sagen:

Die Stellung des Paralytikers im Strafrecht bleibt unverändert. Zunächst bestehen auch für den Vollremittierten die Voraussetzungen des § 51 gegebenenfalls.

Die zivilrechtliche Stellung ist in mancher Hinsicht grundsätzlich verändert.

Der Vollremittierte ist als geschäftsfähig anzusehen.

An die Stelle der viel geübten frühzeitigen Entmündigung der Paralyse tritt am besten die frühzeitige Behandlung. Wenn entmündigt wird, dann ist die Entmündigung wegen Geistesschwäche der wegen Geisteskrankheit vorzuziehen.

Bei einem Vollremittierten, der wegen Geisteskrankheit entmündigt war, ist an ihre Stelle die Entmündigung wegen Geistesschwäche zu setzen, die Wiederaufhebung der Entmündigung aber zunächst zu vermeiden.

Die Ehefähigkeit wird neuerdings wieder öfter vorhanden sein und die Voraussetzungen des § 1569 werden nicht mehr wie früher nahezu generell zutreffen.

Auch in der Vollremission bleibt der Remittierte ein genesener Geisteskranker. Die überstandene Psychose ist als eine „bleibende persönliche Eigenschaft" aufzufassen.

Die Testierfähigkeit ist in den meisten Remissionen selbst den unvollkommenen erhalten.

Die Deliktfähigkeit hängt vom Vorhandensein „berechtigten Zweifels" ab. Ihre Voraussetzungen werden wohl öfters verneint werden müssen.

Alle die angeführten Fragen sind auf diese Weise heute, aber auch nur heute, zu beantworten. Die immer neuen Erfahrungen und ihre Konstanz durch viele Jahre, vielleicht Jahrzehnte, werden erst die Grundlagen für eine endgültige Stellungnahme schaffen. Wie diese eines Tages sein wird, ist heute nicht vorauszusehen.

Am Schluße stehe noch ein Satz aus dem Schneiderschen Vortrag [131]), der am besten charakterisiert, welche Bedeutung die neuzeitliche Behandlung der progressiven Paralyse für den Gerichtsarzt — allerdings vorwiegend in der Beurteilung zivilrechtlicher Fragen — hat:

„An Stelle der ermüdenden Einförmigkeit ist große Mannigfaltigkeit möglicher Entscheidungen getreten, je nach Güte der Remissionen, Anforderungen der sozialen Stellung und Art der richterlichen Fragestellung."

Literatur-Verzeichnis.

1. Schneider: Die forensische Bedeutung der neuzeitlichen Paralysebehandlung. Vortrag gehalten in der forensisch-psychiatrischen Vereinigung, Dresden 1925. Dtsch Zeitschr. f. d. ges. Gerichtl. Medizin. Bd. 7, Seite 333.
2. Bumke: Paralyseprobleme. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung. Bd. 21.
3. Jahnel: Über die Möglichkeiten und Wege der therapeut. Beeinflussung von Paralyse und Tabes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psychiatrie, 1926.
4. Steiner: Zur Pathogenese der Progressiven Paralyse. Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1925.
5. bei Sioli: Über die Behandlung von Paralyse und Tabes vom klinischen Standpunkt aus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psychiatrie, 1926.
6. weitere Schilderung nach Gerstmann: Die Malariabehandlung der Progress. Paralyse. Wien, 1925. Springer.
7. Redlich: Vortrag über die Therapie der Paralyse, gehalten in der Wiener Mediz. Gesellschaft. Wiener Med. Wochenschr. 1926, Nr. 22.
8. l. c.
9. Pakheiser: Zur Lues-Paralysefrage. München. Med. Wochenschr., 1927, Nr. 10.
10. Plaut: Untersuchungen über Tryponocidie, Phagocytose und aktive Immunisierung bei Paralyse, nebst einigen Erwägungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, 1926.
11. Hauptmann: Der Weg über den Liquor-Ausbau u. Verteidigung meiner Metaluestheorie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, 1926. Bd. 102.
12. Dörr: Die Grundlagen der Metalues. Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 8.
13. Wildermuth: Beitrag zur Ätiologie der Paralyse, ref. im Zentralblatt f. d. ges. Neurol. und Psychiatrie, Bd. 44 H 7./8.
14. Wilmanns u. Steiner: Syphilis und Metsyphilis, Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psychiatrie, 1926.
15. l. c.
16. bei Pakheiser l. c.
17. Walter: Studien über die Permeabilität der Meningen: 5. Mitteilung: Die Permeabilität bei der Metalues und Mesencephalitis, Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 93, 4. 1—3.
18. Dujardin: Die serologischen Syndrome der Progr. Paralyse, (1925), refer. im Zentralblatt f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 43, 3/4.
19. Daraszkiewicz: Zum Rätsel der Paralyse, refer. im Zentralblatt f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 43, 5/6.

20.—24: Entgegnungen dieser Autoren, refer. daselbst, S. 336/337.

25. Plaut und Jahnel: Die Progr. Paralyse — eine Folge der Schutzpockenimpfung? Münchner Mediz. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 10.
26. l. c.
27. Hauptmann: Wie können wir der Paralyse u. Tabes vorbeugen? Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 16.
28. l. c.
29. l. c.
30. l. c. (s. Wilmanns und Steiner, Nr. 14).

31. Plaut u. Steiner: Rekurrensimpfung bei Paralytikern, Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 53, H. 1/2.
32. Steiner: Über die Infektionsbehandlung der Metasyphilis der Nervensystems und ihre theoret. Grundlagen. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung, 1924, Maiheft.
33. Dr. Julius Wagner: Über die Einrichtung fieberhafter Krankheiten bei Psychosen. Jahrbücher für Psychiatrie, herausgeg. vom Verein f. Psychiatrie u. forensische Psychologie in Wien. 7. B., 1887, S. 94.
34. Die folgenden Ausführungen schließen sich an Gerstmann, (s. Nr. 6).
35. angeführt bei Fleck: Über die Malaria- und Recurrensbehandlung der Paralyse. Arch. f. Psychiatrie, Bd. 75.
36. angeführt bei Gerstmann l. c.
37. die zitierten Stellen: Gerstmann, S. 79.
38. Hoche: Die Behandlung der Progr. Paralyse. Schweiz. Mediz. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 7.
39. l. c. Seite 81.
40. Gerstmann: Über die grundsätzlichen Wirkungsmöglichkeiten der Malaria bei der Progr. Paralyse, refer. in der Münchener Mediz. Wochenschr. Nr. 18, 1927.
41. l. c.
42. Plehn: Die Malariabehandlung der Progr. Paralyse. Dtsch. Med. Wochenschr. 1927, Nr. 1.
43. Meyer: Zur Malariabehandlung der Progr. Paralyse. Dtsche. Med. Wochenschr. 1926, Nr. 8.
44. von Raven: Der heutige Stand der Infektionstherapie der Progress. Paralyse, insbes. der Malaria-Impfbehandlung und ihrer praktischen Ergebnisse, refer. im Zentralblatt, Bd. 44, H. 5/6.
45. Karstadt: Die Malariabehandlung der Progr. Paralyse, refer. i. Zentralblatt, Bd. 43, H. 1/2.
46. Nonne: Bemerkungen zur Infektionstherapie der Progr. Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 94, H. 4.
47. Kihn: Weitere Erfahrungen mit der Infektionsbehandlung der Progr. Paralyse. Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, Bd. 75, H. 4/5.
48. Schulze: Die Malariabehandlung der Paralyse. Dtsch. Mediz. Wochenschr., Jg. 51, Nr. 45.
49. Joßmann u. Steenaerts: Über Malariabehandlung der Progr. Paralyse. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol., Bd. 56, H. 4.
50. Lippmann: Erfahrungen mit der Malariatherapie der Progr. Paralyse. Vortrag in Mediz. Naturwissenschaftl. Verein Tübingen, ref. in der Dtsch. Med. Wochenschr., Jg. 53, Nr. 17.
51. Fleck: Über die Malariatherapie der Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psychiatrie, Bd. 96, H. 1/3.
52. Leary, Goeckermann u. Parker: Die Behandlung der Nervensyphilis mit Malaria, refer. im Zentralblatt, Bd. 44 H. 3/4.
53. Pfister: Über Malariabehandlung der Progr. Paralyse, refer. im Zentralblatt, Bd. 44, H. 7/8.
54. Pastrovich: Die Malariabehandlung der Prog. Paralyse, refer. i. Zentralblatt, Bd. 43, H. 1/2.
55. Artwénski u. Ostrowski: Über die Malariabehandlung der Progr. Paralyse, ref. im Zentralblatt, Bd. 43, H. 3/4.
56. Mosgowoi und Ssobolewskaya: Versuch der Behandlung der Progr. Paralyse mit Malaria-Impfung, ref i. Zentralblatt, Bd. 43, H. 3/4.
57. Somogyi und Büchler: Über Erfolge der Malariabehandlung der Progr. Paralyse, ref. i. Zentralblatt, Bd. 42, H. 12.
58. Mó Arthuro: Wert der Malariabehandlung bei Progr. Paralyse, ref. i. Zentralblatt, Bd. 46, H. 5/6.
59. Driver, Sammel, Kamost: Über die Malariabehandl. der Paralyse, ref. i. Zentralbl., Bd. 46, H. 5/6.

60. Plaut u. Steiner: Recurrensimpfung bei Paralytikern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psychiatrie, Bd. 53, H. 1/2.
61. Steiner: Über Infektionsbehandlung der Metasyphilis des Nervensystems und ihre theortischen Grundlagen. Jahreskurse für ärztl. Fortbildung 1924. Maiheft.
62. nach Gerstmann.
63. Horn: Zur Metaluesbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Malaria- und Recurrenstherapie, ref. im Zentralblatt, Bd. 46, H. 5/6.
64. Wagner-Jauregg: Über Fieberbehandlung bei Psychosen. Wiener Med. Wochenschr., 1926, Nr. 22.
65. l. c.
66. Horn: s. Nr. 63.
67. zitiert bei Fleck: Über die Malaria- und Recurrenstherapie der Paralyse. Arch. f. Psychiatrie, Bd. 75.
68. bei Gerstmann angeführt.
69. l. c.
70. s. Nr. 4.
71. Hoche: Die Behandlung der Progr. Paralyse. Schweizer Medizin. Wochenschr., Jg. 55, Nr. 7.
72. l. c.
73. nach Gerstmann.
74. nach Gerstmann.
75.—78. l. c.; sämtlich bei Gerstmann.
79. Plaut u. Steiner: Die Recurrenstherapie der syphilogenen Nervenkrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 94, H. 1.
80. bei Gerstmann.
81.—83. bei Gerstmann (wörtlich zitiert Seite 138).
84. bei Gerstmann.
85. Horn: Lignorbefunde bei der Malariabehandlung der Paralyse. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurol., Bd. 44, H. 1.
86. Boumann: Beitrag zur Histopathologie der Dementia paralytia. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 101, H. 1.
87. Sträußler und Koskinas: Weitere Untersuchungen über den Einfluß der Malariabehandlung der Progr. Paralyse auf dem histo-pathologischen Prozeß. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psychiatrie, Bd. 97, H. 1/2.
88. Gerstmann: S. 146.
89. „ S. 140.
90. „ S.
91. „ S. 148.
92. „ S. 149.
93. „ S. 150.
94. Spielmayer: Über die patholog. Anatomie der Progr. Paralyse, ref. im Zentralblatt, Bd. 41, H. 14/15.
95. Spielmayer: Über Versuche der anatom. Paralyseforschung zur Lösung klinischer u. grundsätzlicher Fragen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 97, H. 1/2.
96. bei Gerstmann angeführt.
97. Gurewitsch: Zur pathol. Anatomie der malariabehandelten Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 105, H. 1/2.
98. Hoche: Die moderne Therapie der Progr. Paralyse, ref. Zentralblatt, Bd. 41, H. 14/15.
99. Wendt: Eine Notiz zur Frage der geheilten Paralyse, ref. Zentralblatt, Bd. 45, H. 11/12.
100. Forster: Spirochätenbefunde bei mit Malaria behandelten Paralytikern. Münchn. Med. Wochenschrift, Jg. 72, Nr. 51.
101. Grulle: Psychiatrie für Ärzte. Berlin 1918 bei Springer. Zitat S. 49.
102. l. c.

103. angeführt bei Sioli, s. Nr. 5.
104. angeführt bei Schneider, s. Nr. 1.
105. l. c.
106. l. c.
107. Sämtliche Stellen zitiert nach Wetzel: Der Nachweis der psychischen Varietät beim Verbrecher und seine Beziehung zu dem Verantwortlichkeitsproblem. Ztschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft, Bd. 44, S. 70/89.
108. Metzger: Persönlichkeit u. strafrechtliche Zurechnung. München 1926, bei Bergmann aus der Sammlung: Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Herausgeg. von Kretschmer.
109. Wilmanns: Zustände verminderter Zurechnungsfähigkeit einst und jetzt. Ztschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft, Bd. 44, S. 89/97.
110. } angeführt bei Wilmanns.
111. }
112. angeführt bei Metzger (l. c.).
113. zitiert nach Wetzel (l. c.) .
114. l. c.
115. Hofmanns Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, X. Auflage, umgearbeitet von Haberda, II. Teil, 1923.
116. daselbst S. 1090.
117. s. Nr. 101, S. 265.
118. Hofmann-Haberda, S. 1091.
119. s. Nr. 40.
120. l. c.
121. Zitat aus Hofmann-Haberda S. 1099.
122. „ „ „ „ „ 1099.
123. „ „ „ „ „ 1099.
124. Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie unter Mitwirkung von Prof. Dr. Aschaffenburg, Prof. Dr. E. Schultze, Prof. Dr. Wollenberg. Herausgeg. von Prof. A. Hoche, II. Aufl., Berlin 1909.
125. ebenda S. 296.
126. Hofmann-Haberda, S. 1101.
127. l. c.
128. Reinheimer: Inwieweit ist bei geistigen und schwer nervösen Erkrankungen eine Anfechtung der Ehe auf Grund des § 1333 B. S. B. möglich? Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. Gerichtl. Medizin u. öffentliches Sanitätswesen. Bd. 7.
129. Von Schultze angeführt.
130. in Hoches Handbuch der gerichtl. Psychiatrie, S. 124.
131. l. c.

Lebenslauf.

Ich — Maria Schiller geb. Wanders — wurde am 2. April 1893 in Elberfeld geboren als Tochter des Rentners Leonard Wanders, besuchte zuerst die Höhere Mädchenschule, später das Mädchengymnasium meiner Vaterstadt und bestand 1912 das Abiturientenexamen. Von 1912—1917 studierte ich Medizin in Bonn, Freiburg i. Breisgau und Kiel. Das medizinische Staatsexamen machte ich in Bonn 1917. — Vom 1. Januar 18 bis 1. Oktober 20 war ich — erst als Medizinalpraktikantin, dann als Assistentsärztin — auf der Inneren Station des Marienhospitals in Stuttgart tätig und zwar unter Leitung von Herrn Medizinaldirektor Dr. von Rembold. — Von Oktober 20 bis März 21 arbeitete ich bei Herrn Professor Dr. Baisch auf der Geburtshilflich-Gynäkologischen Station des Katharinenhospitals daselbst. Im Anschluß an diese Tätigkeit kam ich auf die damalige Stadtarztstelle — jetzt Städtisches Gesundheitsamt — in Stuttgart zu Herrn Professor Dr. Gastpar, wo ich heute noch bin. Im Anfang aushilfsweise bei der Untersuchung der Schulkinder beschäftigt, wurde ich später für dauernd dort angestellt. Seit 6 Jahren versehe ich ebenda das Amt eines Bezirksarztes. Da die Stadt für die Inhaber dieser Stellen, die Schulärzte, Tuberkuloseärzte, Impfärzte sind, das Physikatsexamen vorschreibt, so machte ich dasselbe nach meiner Anstellung im Jahre 1927. Mir als Ärztin wurde noch insbesondere der Unterricht in der Gesundheitslehre an den Frauenschulklassen und dem Jugendleiterinnenseminar zugesprochen. Aus Neigung widmete ich mich speziell dem Studium der Sprachstörungen bei Kindern und bin seit zwei Jahren mit der Sprachärztlichen Sprechstunde bei unserem Amt betraut. In den letzten 5 Jahren entstanden die beiden Physikatsarbeiten aus dem Gebiet der Gerichtlichen Medizin und Hygiene, sowie Arbeiten über Wortblindheit, über Sprachstörungen und über Linkshändigkeit.

Stuttgart am 20. Juni 1931.

Maria Schiller.